العنوان: قياس جودة الخدمة في المنظمات الحكومية بالتطبيق على الخدمات الصحية بالمستشفيات الجامعية

المصدر: مجلة البحوث التجارية المعاصرة (كلية التجارة جامعة سوهاج)- مصر

المؤلف الرئيسي: عبدالرحمن، احمد عبدالكريم

المجلد/العدد: مج 14, ع 1

محكمة: نعم

التاريخ الميلادي: 2000

الشهر: يونيو

الصفحات: 213 - 259

رقم MD: 71789

نوع المحتوى: بحوث ومقالات

قواعد المعلومات: EcoLink

مواضيع: ضبط الجودة، الاجهزة الحكومية، الرعاية الصحية، المستشفيات الجامعية، التنمية الاجتماعية، التنمية الاقتصادية، تقييم الأداء، القوى العاملة

رابط: http://search.mandumah.com/Record/71789

بسم الله الرحمن الرحيم

قياس جودة الخدمة فى المنظمات الحكومية
بالتطبيق على الخدمات الصحية
بالمستشفيات الجامعية

دكتور/ أحمد عبد الكريم عبد الرحمن

مدرس بقسم إدارة الأعمال

كلية التجارة بسوهاج- جامعة جنوب الوادى

تقديــــــم:

يعتبر تقديم الخدمات الصحية بما تقدمه من وسائل الوقاية والعلاج عنصراً أساسياً فى التنمية الاجتماعية والاقتصادية، باعتبار أن المنفق على هذه الخدمات نوعاً من الاستثمار الذى يوجه إلى أحد عناصر الإنتاج وهو العنصر البشرى، فمما لاشك فيه أن العنصر البشرى هو أحد الوسائل الأساسية اللازمة لنجاح كافة الوحدات إنتاجية كانت أم خدمية فى تحقيق أهدافها، فإذا كان من المسلم به أن مقومات الإنتاج الرئيسية اللازمة لتحقيق الأهداف المطلوبة تنحصر فى العنصر البشرى والعنصر المادى ثم العنصر التنظيمى، إلا أن العنصر الأول وهو البشرى هو الذى يتحكم فى العنصرين الآخرين ويحركهما فى الاتجاه الذى يرفع الإنتاج ويحقق أهداف المنظمة.

وعلى ذلك فإذا أمكن الحفاظ على العنصر البشرى بما يجعله قادراً على الأداء - هذا بجانب تحفيزه على العمل- بصفة مستمرة فإن ذلك يؤثر على باقى عوامل الإنتاج الأخرى وبالتالى يدفع المنظمة إلى تحقيق أهدافها فى اقصر وقت وبأقل التكاليف وفى يسر وسهولة. من هذا المنطلق تأتى أهمية تقديم الخدمات الصحية بكافة أنواعها للأفراد فى كافة المواقع باعتبارها بمثابة الصيانة الصحيحة لهم،ومن ثم أصبحت هذه الخدمات إحدى المتطلبات الاجتماعية الرئيسية فى المجتمع.

وتتولى المستشفيات على اختلاف أنواعها وأحجامها، تقديم الخدمات الصحيحة (وقائية / علاجية) للجمهور، وتنفرد المستشفيات الجامعية بالتميز فى أداء تلك الخدمات سواء بالتنوع أو الكفاءة فى تقديمها. فإدراك المستفيد لمدى جودة الخدمة الصحية المقدمة يعتمد على الأسلوب المتبع فى تقديم تلك الخدمة من جانب المستشفى والنتائج المترتبة على حصوله على هذه الخدمة.

ويعد إشراك المستفيدين من الخدمة الصحية فى تقييم تلك الخدمة أحد الروافد التى توفر مصدراً هاماً من مصادر المعلومات المتعلقة بمدى جودة هذه الخدمة،والتى يمكن أن تفيد فى تطوير عناصرها.

ولذا طبق هذا البحث على جمهور المستفيدين من الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية للتعرف على إدراكاتهم وتوقعاتهم لجودة الخدمات الصحية المقدمة إليهم،ومدى إدراك المسئولين عن تقديم تلك الخدمات لهذه التوقعات، وذلك باستخدام مقياس *SERVQUAL*.

أولاً: الإطار النظري للبحث:

إن دراسة موضوع قياس جودة الخدمة وتفهم أبعاده المختلفة يتطلب إحاطة كاملة بالأسس الفكرية التي يقوم عليها، ويتم ذلك من خلال استعراض بعض ما طرح عن هذا الموضوع في الفكر التسويقي، وهو ما يعرضه هذا الجزء،وذلك كما يلي:

١- ماهية ومبررات قياس جودة الخدمات:

تحتاج المنظمات الخدمية إلى أداة تستطيع على أساسها الحكم على فعالية الأنشطة والعمليات اللازمة لتحقيق الأهداف المنشودة والتوصل إلى ما قد يكون هناك من تباين بين النتائج المستهدفة وبين النتائج التي تحققت فعلاً، وهذه الأداة هي المعيار ***Standard*** ومقارنة المحقق بالمستهدف على أساس المعايير المحددة مسبقاً في عملية القياس، فالقياس هو الوجه الثاني لعملية المعايرة.

ولذا فإن توافر مقياس للجودة يتسم بالدقة والموضوعية يعتبر أمراً ضرورياً لتقييم الأداء وتحليل الانحرافات عن المعايير الموضوعية، ومن ثم اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين الجودة في الأجل القصير والطويل على حد سواء، بمعنى أكثر تحديداً تتيح عملية قياس الجودة العديد من المزايا للمنظمات الخدمية لعل أهمها: ***(Whiteley: 1995)***.

- معرفة مايحتاجه العملاء وما إذا كانت الإجراءات التي تتخذها المنظمة ملائمة بالنسبة لهم أم لا.
- معرفة الأفراد ذوي معدلات الأداء المرتفع وذوي الأداء المنخفض وذلك حتى يتسنى مكافأة المتميز أو دفع الآخرين لتحسين أدائهم.
- إن قياس الأداء الفعلي وفق معيار محدد سلفاً يساعد في تقييم جودة الخدمات والتعرف على الأسباب التي تحول دون الوصول إلى هذا المعيار، في حالة نقص النتائج المحققة فعلاً عن النتائج المرجوة وبناء على ذلك يتم اتخاذ قرارات التغيير أو التطوير اللازم لحسن استخدام الموارد المتاحة وتحقيق أقصى عائد للخدمة بأقل تكلفة.
- تحديد ما هو جيد وما هو سيئ فيما يخص كل من المنظمة الخدمية وعملائها مما يساعد على الوصول للتوازن بين مصالح كل من الطرفين وتحقيق التحسين المستمر.

وعلى الرغم من احتلال قضية قياس جودة الخدمة مكان الصدارة في الجهود البحثية التي تمت في السنوات الأخيرة، إلا أن غالبية هذه الجهود قد تناولت قياس جودة الخدمة من وجهة النظر الخارجية بمعزل عن المقاييس الأخرى التي تعكس وجهة النظر الداخلية للجودة، وتعبر وجهة النظر الأولى عن موقف العملاء واتجاهاتهم إزاء ما يقدم لهم من خدمات، في حين تعبر

وجهة النظر الثانية عن موقف الإدارة ومدى التزامها بالمواصفات التى تكون الخدمة قد صممت على أساسها *(Eklaf et al: 1999, Koeng: 2000, Nobel & Klein: 2000, McAdam & Saulters: 2000)*.

٢- أبعاد جودة الخدمة:

لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول الأبعاد أو الجوانب التى تحدد مستوى جودة الخدمة، حيث يرى *(Swan and Comb: 1975)* أن جودة الخدمة لها بعدان أساسيان هما: الجودة المادية والتى تتضمن الجوانب المادية الملموسة التى يتعرض لها العميل حال حصوله على الخدمة، والجودة التفاعلية وهى تمثل أداء العملية الخدمية ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمنظمة مع العملاء.

وفى نفس الاتجاه يميز *(Sasser et al; 1976)* بين ثلاثة أبعاد للخدمة هى: العناصر المادية، التسهيلات، الأفراد.

ويضيف *(Lehtinen and Lehtinen; 1982)* بعداً ثالثاً فى قياس جودة الخدمة إلى البعدين الذين حددهما *(Swan & Comb)* وهو جودة المنظمة والتى تتعلق بصورة المنظمة أو الانطباع الذهنى عنها فى نظر العميل.

كما يقسم *(Gronroos: 1984)* أبعاد الجودة إلى خمسة أبعاد رئيسية هى: الجوانب المادية الملموسة، الاعتمادية، سرعة الاستجابة ومساعدة العملاء، الثقة، التعاطف مع العميل.

وقد توصل *(Parasuraman et al: 1984)* إلى تطوير عشرة عناصر أساسية للجودة وهى التى تحدد جودة الخدمة وفقاً لإدراك العملاء والتى تم تحديدها على النحو التالى:

١- الاعتمادية *Reliability* والتى تعنى درجة الاتساق فى أداء الخدمة وتقديمها بشكل صحيح من أول مرة.

٢- درجة الاستجابة *Responsiveness* والتى تشير إلى سرعة استجابة مقدمى الخدمة لمطالب واحتياجات العملاء.

٣- كفاءة وقدرة مقدمى الخدمة *Competences* والتى تعنى امتلاك الأفراد مقدمى الخدمة للقدرات التى تمكنهم من تقديم خدمة متميزة للعملاء.

٤- إمكانية الوصول *Access* والتى تشير إلى سهولة الوصول إلى مقدمى الخدمة والاتصال بهم عند اللزوم.

٥- المجاملة *Courtesy* وتشير إلى حسن معاملة العملاء وتقدير ظروفهم الخاصة.

٦- الاتصال *Communication* ويشير إلى تبادل المعلومات المتعلقة بالخدمة بين مقدمى الخدمة والعملاء بشكل سهل ومبسط.

٧- المصداقية *Credibility* وتعنى توافر درجة عالية من الثقة فى مقدمى الخدمة من خلال مراعاة مصالح واحتياجات العملاء.

٨- الأمان *Security* وتعنى إلمام العاملين بمهام وظائفهم وبشكل يمكنهم من تقديم خدمة خالية من أى نوع من المخاطر.

٩- الاهتمام والرعاية والعناية *Empathy* عن طريق بذل كافة الجهود وإشعار العميل بذلك.

١٠- الجوانب المادية والبشرية الملموسة *Tangible* وتشمل المظهر الخارجى للمعدات والأفراد ومواد ووسائل الاتصال.

وبعد أن خضعت هذه العناصر العشر لاختبارات نفسية وميدانية شاملة تم دمجها فى أداة *SERVQUAL (Parasuraman et al: 1988)* والتى تشمل على خمسة أبعاد للحكم على جودة الخدمة، ويمكن تطبيقها على أى منظمة،وهذه الأبعاد هى: الأشياء المادية الملموسة، الاعتمادية، سرعة الاستجابة ومساعدة العملاء، الثقة، التعاطف مع العميل.

وكان الغرض الرئيسى من تطوير مقياس جودة الخدمة *SERVQUAL* هو تقديم أداة يمكن بها قياس وتقييم جودة الخدمة،ويمكن أن تستخدم فى تقييم سلع وخدمات كثيرة مع تعديل بسيط.

ويتكون مقياس *SERVQUAL* من ٢٢ عنصراً كل منها مرتبط بواحد من الأبعاد الخمسة الرئيسية،وكل عنصر يظهر فى شكلين: أحدهما مصمم لقياس توقعات المستهلك عن الخدمة،والآخر لقياس إدراك المستهلك لجودة الخدمة.

وينسب هذا المقياس إلى *(Parasuarman et al: 1985)* ويعتمد على مقارنة توقعات العملاء بشأن الخدمة وإدراكاتهم لمستوى جودة الخدمة المقدمة بالفعل،ومن ثم يتم تحديد الفجوة بين هذه التوقعات والإدراكات،ويمكن التعبير عنه بالمعادلة التالية:

جودة الخدمة = التوقعات - الأداء

ولقد أوضح *Parasuraman* وزملاؤه فى دراساتهم أن الفجوة بين توقعات العملاء وبين إدراك الإدارة لهذه التوقعات تتكون فى حقيقتها من خمس فجوات، هى:

- الفجوة بين توقعات العملاء وإدراك الإدارة لتلك التوقعات، فقد لا تعرف الإدارة بدقة ما يريده العملاء، ولا كيف يحكم العميل على ما يقدم إليه

- الفجوة بين إدراك الإدارة لتوقعات العميل والمواصفات الفعلية المحددة للجودة، فقد تعرف الإدارة توقعات العملاء ورغباتهم. إلا أنه لا يتم ترجمة هذه الاحتياجات والرغبات إلى مواصفات محددة.
- الفجوة بين المواصفات المحددة للجودة وأداء الخدمة بالفعل فى الواقع العملى، فهناك العديد من العوامل التى قد تؤثر على أداء الخدمة فى الواقع العملى، كأن يكون مستوى مهارة وكفاءة القائمين على أداء الخدمة غير مناسب.
- الفجوة بين مستوى الخدمة المقدمة بالفعل وبين الوعود التى تقدمها منظمة الخدمة من خلال اتصالاتها الخارجية بالعملاء.
- الفجوة بين إدراك العملاء لمستوى الأداء الفعلى للخدمة وتوقعاتهم تجاه جودة هذه الخدمة.

وقد تبنت العديد من الدراسات نموذج الفجوة ***SERVQUAL*** فى محاولتها لقياس جودة الخدمة فى العديد من القطاعات والأنشطة الخدمية للوصول إلى فهم افضل لتوقعات العملاء والتأكد من صلاحية هذا المقياس.

ففى دراسة ***(Parasuraman et al; 1994)*** أسفرت النتائج عن أن مقياس الفجوة يعتبر أداة فعالة لقياس جودة الخدمة لتمتعه بدرجة عالية من الصلاحية والاعتمادية.

وفى دراسة ***(Lam; 1997)*** فى قطاع الخدمات الصحية فى هونج كونج أوضحت النتائج أن مقياس ***SERVQUAL*** يتسم بالواقعية والمصداقية ويمكن الاعتماد عليه فى قياس جودة الخدمات الصحية، كما أشارت نتائج الدراسة أيضاً إلى أن إدراك العملاء لجودة الخدمة المقدمة لم يرقى إلى توقعاتهم فيما عدا البعد الخاص بالجودة المادية ***Physical***.

وفى مسح ميدانى فى مجال الرعاية الصحية بالمملكة المتحدة على عينة بلغت ١٨٢ مفردة تم استقصائهم من خلال المقابلة الشخصية قام كل من ***(Sargeent & Keehler: 1998)*** باستخدام مقياس ***SERVQUAL*** للحكم على ما إذا كانت العناصر التى تم استخدامها لقياس جودة الخدمة فى الدراسات السابقة يمكن الاعتماد عليها فى تطوير الخدمة الصحية بالمملكة المتحدة، أوضح التحليل أن المتغيرات الديموجرافية كالسن والجنس لها تأثير قليل جداً على درجة الرضا عن أبعاد جودة الخدمة الصحية بصفة عامة،كما أن المرضى الذين يتعاملون مع أقسام الجراحة أكثر رضا عن مستوى الخدمة المقدمة قياساً بغيرهم من المرضى الذين يتعاملون مع الأقسام الأخرى.

وفى دراسة (Abdel-Kadir et al: 2000) فى ماليزيا بهدف التوصل إلى مقياس شامل لتحسين جودة الخدمات، أسفرت النتائج أن تحسين الجودة المقدمة للعميل يجب أن تحتل الأهمية الأولى لتحقيق أداء مرتفع ومد العملاء المتعاملين مع المنظمات الخدمية باحتياجاتهم، وعليه أوصت الدراسة بضرورة استخدام مقياس **SERVQUAL** للتعرف على مدى رضا العملاء حال تطوير مقياس شامل لقياس الأداء الكمى فى المنظمات الخدمية.

ومن مراجعة الدراسات السابقة يتضح أن مقياس الفجوة **SERVQUAL** من أكثر المقاييس قبولاً وانتشاراً لقياس جودة الخدمات، ويعتبر هذا المقياس إضافة حقيقة فى هذا المجال، والتى تحققت على يد *Parasuaman* وزملاؤه الذين تركزت جهودهم خلال الفترة من عام ١٩٨٥ حتى عام ١٩٩٤ فى محاولات لتطوير واختبار مصداقية وثبات هذا المقياس،ولذلك لم يكن من الغريب أن يستخدم هذا المقياس فى العديد من الدراسات،وطبقاً لمقياس الفجوة فإن المتغيرات الرئيسية لقياس جودة الخدمة هى: الإمكانيات المادية، والاعتمادية، وسرعة الاستجابة، والأمان، والتفانى فى تقديم الخدمة، ويرى (Collellan: 1995) أن المكونات السابقة هى الأبعاد الحقيقية التى تؤثر على جودة الخدمة، وسوف تعتمد الدراسة الحالية على تلك الأبعاد بصفة أساسية.

وبالرغم من تمتع مقياس جودة الخدمة (الفجوة) بدرجة عالية من المصداقية إلا أن بعض الباحثين قد أكد على أنه مازالت توجد صعوبة فى استخدام مقياس عام جامع مانع يمكن تطبيقه على كافة المنظمات الخدمية، ومن أمثلة تلك الانتقادات التى وجهها كل من (Llose et al: 1998, Van Dyke et al: 1997, Wetzels et al: 2000) لمقياس الفجوة والتى ركزت على ضرورة تعديل صياغة بعض الأبعاد الرئيسية للمقياس لتتناسب مع طبيعة القطاعات الفرعية التى يتم قياس جودة خدماتها،ولذلك فقد راعى الباحث اختبار هذا المقياس للتأكد من تناسبه مع طبيعة الخدمات الصحية محل الدراسة.

٣- قياس الجودة المهنية والإدارة

Measuring Professional and Management: Quality

إن زيادة كفاءة المنظمات الخدمية فى الرقابة على الجودة من وجهة نظر العميل يعتبر فى حد ذاته غير كاف للحكم على جودة الخدمات، فالجودة من منظور العميل تمثل جزء من برنامج متكامل للجودة، ففى بعض الأحيان قد يكون العميل راضى عن مستوى الجودة التى تقدم له إلا أن تحقيق هذا الرضا لم يتم من خلال الاستغلال الأمثل للموارد من قبل إدارة المنظمة الخدمية،

كما أن بعض هذه المنظمات قد ترى أن عملية التحسين يجب أن تبدأ عن طريق المدخلات أو العمليات والنشاطات الداخلية ومما ينعكس على جودة المخرجات أو النتائج النهائية، ولذا فإن قياس جودة الخدمات يجب أن تتضمن بالإضافة إلى مقاييس رضا العملاء عن الجودة مقاييس جودة المهنة والإدارة (Mc Adam & Saulter: 2000, Kueny: 2000).

١/٣ مقاييس الجودة المهنية Professional Quality Measures

وتتعلق بمدى صحة أساليب وإجراءات تقديم الخدمة للوفاء باحتياجات العملاء، إذ لا يكفى أن يكون العميل راضياً عن مستوى الخدمة الذى يتلقاها فى النهاية، بل يجب أن يكون راضياً عن الأسلوب الذى أديت به الخدمة، وهنا يفرق (Curry & Herbert: 1998) بين ثلاثة أنواع من المقاييس لقياس الجودة المهنية.

- مقاييس المدخلات: وأهمها كفاءة مقدمى الخدمة،والتى تنعكس من خلال المؤشرات التالية: الوقت المستغرق فى تقديم الخدمة، معدل الأخطاء،وقت الانتظار، توافر العدد الكافى من مقدمى الخدمة، الاستجابة السريعة لشكاوى ومقترحات العميل.
- مقاييس العمليات: والتى ترتكز على عمليات التصحيح ومنع وقوع الأخطاء خلال المراحل المختلفة لتقديم الخدمة، ويمكن التعرف على جودة العمليات من خلال تحليل تكلفة الجودة، والاحتفاظ بمؤشرات للمراحل المختلفة للخدمة وعمل سلاسل زمنية يمكن من خلالها رصد التطور فى الأداء سلباً أو إيجاباً.
- مقاييس المخرجات: وتتعلق بقياس النتائج النهائية،وتتم من خلال الإستقصاءات والمقابلات للعاملين والعملاء، ويعد قياس جودة المخرجات هو افضل مقياس موضوعى لقياس جودة الأداء.

٢/٣ مقاييس جودة الإدارة Management Quality Measures

وتتعلق بالاستخدام الأمثل للموارد من قبل الإدارة وتقديم الخدمة بدون أخطاء،وبأقل تكلفة للوفاء باحتياجات كافة العملاء وذلك من خلال: (Mc Adam & Saulter: 2000, Ballinger & Hepner: 1998)

- تحديد العناصر الأساسية التى تحقق إشباع احتياجات العميل وتقديمها بمستوى أعلى مما كان يتوقعه.
- تجنب المشاكل التى تسبب التأخير فى أداء العمليات.
- زيادة الإنتاجية مع تخفيض التكلفة فى الوقت نفسه.

وغالباً ما تقاس جودة الإدارة من خلال تكلفة نقص الجودة والتى تتضمن جميع التكاليف المرتبطة بعدم الالتزام بالجودة *(Juran: 1998)* وأهمها:

- تكاليف التقييم: وهى التكاليف المتعلقة باختيار المدخلات اللازمة لإنتاج الخدمة بجودة عالية.
- تكاليف المنع: وهى التكاليف اللازمة لمنع حدوث عيوب أو أخطاء فى المنتج سواء كان ذلك من خلال مراحل الإنتاج أو فى المرحلة النهائية.
- تكاليف الفشل الداخلى: وهى التكاليف المتعلقة بإعادة التشغيل نتيجة لاكتشاف عيوب فى المنتج أو الخدمة قبل تقديمها للعميل.
- تكاليف الفشل الخارجى: وهى التكاليف التى تحدث نتيجة لاكتشاف عيوب بالمنتج أو الخدمة بعد تقديمها للعميل.

ويلاحظ أن هذه التكاليف سوف تختفى فى حالة عدم وجود أخطاء.

٤– الدراسات السابقة:

اهتم الباحثون فى الخارج فى السنوات الأخيرة بدراسة الجودة فى مجالات صناعات الخدمات المختلفة، من حيث علاقتها وأثرها على تسويق الخدمات والمركز التنافسى للمنظمة وحصتها السوقية *(Philips: 1983)*، وجودة الخدمات وعلاقتها بالأرباح وعائد الاستثمار *(Toland: 1995)*، وجودة الخدمات وعلاقتها برضا العملاء المستفيدين من الخدمات بصفة عامة *(Scott and Others: 1994)*، وفى مجال الخدمات الطبية بصفة خاصة *(Zastouny et al: 1991)*.

وحتى منتصف التسعينات من القرن العشرين، كانت هناك ندرة فى الدراسات المتعلقة بجودة الخدمة وطبيعتها ومكوناتها، ولم تهتم تلك الدراسات بتقييم وقياس جودة الخدمات *(Parasuraman: 1990)*. وابتداء من عام ١٩٨٥ ركز الباحثون جهودهم ومحاولاتهم على الدراسات الخاصة بتقييم وقياس جودة الخدمات من خلال متغيرات محددة تكون فى رأيهم جودة الخدمة والتى يمكن مقارنتها بإدراكات العملاء للجودة التى يحصلون عليها،وذلك لقياس حجم الفجوة بينها باستخدام ما يسمى بمقياس الفجوة *SERVQUAL (Smith: 1985)*، وطبقت إحدى الدراسات *(Shirley: 1986)* هذا المقياس على الخدمات الصحية فى البيئة الأمريكية،ونتج عنها صلاحية هذا المقياس للتطبيق العملى لتقييم تلك الخدمات مع التوصية بضرورة تكرارها فى مجالات خدمية أخرى وفى بيئات أخرى.

وبمراجعة أدبيات الدراسات المتاحة المتعلقة بالخدمات الصحية فى البيئة العربية، يلاحظ أنها قد أخذت عدة اتجاهات منها ما أخذت اتجاه دراسة آراء العملاء المستفيدين (فهاد الحمد: ١٩٩١) كأخذ المقاييس الجوهرية لفعالية الخدمات الطبية وكفاءة المنظمات التى تقدمها ومدى رضا العملاء عنها وعن مستوى الخدمات التى تقدمها.

واتجهت بعض الدراسات (مطر: ١٩٩٢) إلى التركيز على محور تكاليف الخدمات الصحية لترشيدها ولرفع كفاءة أداءها،وخلصت إلى أن ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية لا يعكس بالضرورة ارتفاع مستوى جودتها، على الرغم من أن المتعارف عليه هو وجود ارتباط قوى بين تدنى مستوى الجودة والانخفاض الحاد فى تكلفة الخدمة.

واتجهت دراسات أخرى (إبريت: ١٤٠٧هـ) إلى تحليل العوامل التى تؤثر على اختيار العميل للعلاج فى المستشفيات الخاصة،وتوصلت هذه الدراسة إلى "أن المنتج الذى يحصل عليه المريض من المستشفى يتمثل فى الصورة الذهنية للمستشفيات التى يتعامل معها" لذلك فإن سمعة هذه المستشفيات ومستوى الخدمة بها هامة للغاية، فهى التى يتم تسويقها للمريض، كما أن الموقع المناسب للمستشفى هو الذى يسهل الوصول إليه ويبعث على الراحة والإقناع والثقة.

وانتهت دراسة أخرى (مصطفى: ١٩٩٣) إلى التركيز على الخدمات التى تقدمها المستشفيات للمرضى خلال فترات علاجهم بها.

وركزت دراسة أخرى (فهاد الحمد، صالح الشهيب: ١٩٩٥) على اثر العوامل الديموجرافية للعملاء المستفيدين بالخدمات الطبية على أن تكون انطباعاتهم واتجاهاتهم نحو مختلف جوانب الرعاية الطبية التى تقدمها العيادات الخارجية والتنويم والطوارئ، حيث نتج عنها أن مستوى رضا العملاء يكون مرتفعاً نسبياً للمرضى كبيرى السن والمرضى قليلى الدخل وذوى التعليم المنخفض والمرضى غير المتزوجين.

واتجهت دراسة أخرى (جماعة: ١٩٩٨) إلى قياس وتحليل المتغيرات المؤثرة فى إدراك العملاء لجودة الخدمات الطبية التى يحصلون عليها من المستشفيات الخاصة والتعرف على المحددات الأساسية لجودة الخدمات الطبية التى يدركها المستفيدون من تلك الخدمات.

وتوصلت الدراسة إلى أن أكثر أبعاد مقياس الجودة تأثيراً على إدراك مستهلكى الخدمات الصحية هى الإعتمادية، وسرعة الاستجابة، والأمان فى التعامل.

وفى البيئة الأجنبية، تعددت وتنوعت الدراسات التى تناولت قياس جودة الخدمة الصحية، ففى الدراسة التى أجراها *(Reidenbach and Sandifer: 1990)* تم استخدام نموذج لاستطلاع رأى النزلاء فى مستوى جودة الخدمة التى تقدمها المستشفيات، وذلك عن طريق قياس العلاقة بين إدراك العملاء، ومدى رضائهم عن الخدمة المقدمة ومدى رغبتهم فى تزكية المستشفى للعملاء الآخرين.

وفى دراسة *(Mangold and Babakus: 1992)* اقترحا نموذجاً يسمى "نظام مراقبة جودة الخدمة" يبنى على أساس إمكانية قياس الفجوة الإدراكية لدى العميل عن مستوى الخدمة المقدمة،وذلك من خلال تحديد الفجوة فى جودة الخدمة وفجوة التوقعات وفجوة تقديم الخدمة.

وأظهرت دراسة *(Doering: 1995)* وجود اتجاه عام سلبى بين العملاء المستفيدين حول بعض الخدمات الطبية فى الولايات المتحدة الأمريكية،وطالبت بإجراء المزيد من الدراسات حول رضا العملاء واتجاهاتهم نحو الخدمات الطبية

وتناولت دراسة *(Inguanzo & Mark: 1996)* موضوع رضا العملاء المستفيدين من الخدمة فى مجال الرعاية الصحية، وأوضحت أن مفهوم الرضا فى هذا المجال، لا يزال بحاجة إلى تحقيق دقيق من وجهة نظر المستفيد نحو الصفات الشخصية للطبيب بوصفها من أهم مكونات الرضا، بينما لا يشعر الطبيب- وهو أحد منتجى ومسوقى الخدمة- بأهمية هذا العنصر وأثره فى خلق الاتجاهات الإيجابية للعملاء المستفيدين من هذه الخدمة الحيوية.

وركزت دراسة *(Barakat: 1998)* على العوامل التى تؤدى إلى رضا النزلاء المستفيدين بالخدمات الطبية عن العلاج والفندقة العلاجية ونوعية الغذاء ونوعية المعاملة ومستوى العلاقة بين الأطباء وهيئة التمريض وبين المرضى المقيمين بها،ومدى رضائهم عن البيئة المحيطة ونظافتها،وذلك بلا شك يؤثر على مستوى جودة الخدمات الطبية التى تقدمها المستشفيات.

ومن مراجعة تلك الدراسات، يتبين أن موضوع الدراسة الحالية يختلف عن الدراسات السابقة فى:

- تناولت هذه الدراسات قياس جودة الخدمة من وجهة نظر العملاء ومدى رضاهم عن مستوى جودة الخدمات المقدمة لهم / ولم تتناول وجهة نظر الإدارة ومدى إدراكها لتوقعات هؤلاء العملاء عن مستوى الجودة، وهو ما تتصدى له الدراسة الحالية.

- لم تستخدم تلك الدراسات الأساليب الحديثة فى قياس جودة الخدمات الصحية، باستثناء دراسة (جماعة: ١٩٩٨)، والتى استخدمت مقياس الإدراكات/ التوقعات ***SERVQUAL*** فى قياس الأبعاد المتعارف عليها علمياً لجودة الخدمات الصحية، بالتطبيق على المستشفيات الخاصة بمدينة القاهرة، وينتج عنها أن هذا المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات والمصداقية.
- ركزت هذه الدراسات على قياس جودة الخدمة الصحية فى المستشفيات الخاصة وأهملت– تقريباً– قياس جودة هذه الخدمة فى المستشفيات العامة.

لذلك تعتبر هذه الدراسة امتداداً للدراسات الحديثة فى تقييم وقياس جودة الخدمات الصحية باستخدام مقياس ***SERVQUAL*** لقياس إدراكات وتوقعات المستفيدين والمسئولين لجودة هذه الخدمات، وتحديد أثر الخصائص الديموجرافية على رضا هؤلاء المستفيدين عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم.

ثانياً: منهجية البحث:

نعرض فيما يلى مجموعة الخطوات والإجراءات المنهجية التى أتبعت فى إنجاز هذا البحث، وذلك على النحو التالى:

١– مشكلة البحث:

يمثل موضوع قياس جودة الخدمة أحد الموضوعات الحديثة فى مجال تسويق الخدمات، فمن مراجعة البحوث والدراسات السابقة المتعلقة بموضوع البحث اتضح أن الجدل مازال مستمراً حول قياس جودة الخدمة، حيث لا يوجد اتفاق عام حتى الآن على مقياس واحد مقبول يصلح تطبيقه على جميع أنواع الخدمات *(Carmen: 1994)*، ولا يوجد أمام الباحثين سوى إجراء المزيد من البحوث التطبيقية فى مختلف أنواع الخدمات للتأكد من مدى مصداقية وصلاحية المقاييس المستخدمة حالياً والتى ثبت صدقها فى بعض أنواع الخدمات التى تم دراستها.

وإذا كان قياس جودة الخدمة فى القطاع الخاص قد شغل كثير من الباحثين منذ أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينات، فإن قياس جودة الخدمة فى المنظمات العامة لم تلق مثل هذا الاهتمام حتى وقت متأخر من التسعينات، وذلك لصعوبة قياس جودة الخدمة فى المنظمات العامة مقارنة بجودة الخدمة فى القطاع الخاص.

وتسعى الدراسة الحالية إلى قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية باستخدام مقياس الإدراكات/ التوقعات *SERVQUAL*، باعتبار أن المستشفيات الجامعية منظمات عامة لا تدار بالأسلوب التجارى الذى يهدف إلى تحقيق أرباح.

ويمكن تحديد مشكلة البحث فى مجموعة من التساؤلات التى تحتاج إلى إجابات واضحة ودقيقة،وتتمثل هذه التساؤلات فى:

١- ما هى المتغيرات المؤثرة على إدراك المستفيدين(*) لجودة الخدمات الصحية التى يحصلون عليها من المستشفيات الجامعية؟ وما هى المتغيرات الأكثر تأثيرا؟

٢- هل هناك فجوة بين توقعات المستفيدين لجودة تلك الخدمات،وبين إدراكاتهم لمستوى الجودة الفعلى لتلك الخدمات.؟

٣- هل هناك فجوة بين توقعات المستفيدين لأبعاد جودة الخدمات الصحية، وبين إدراكات الإدارة "المسئولين عن تقديم الخدمات الصحية" لتوقعات المستفيدين؟

٤- هل يؤثر اختلاف الخصائص الديموجرافية للمستفيدين على إدراكهم لجودة الخدمات الصحية التى يحصلون عليها من المستشفيات الجامعية؟ وهل هذا يؤثر على درجة رضائهم عن تلك المستشفيات؟

٥- هل يمكن تطبيق مقياس الفجوة أو نموذج الفجوات لقياس جودة الخدمات الصحية؟

٢- أهداف البحث:

يرمى هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية:

١/٢ قياس وتحليل المتغيرات (العوامل) المؤثرة فى إدراك العملاء لجودة الخدمات الصحية التى يحصلون عليها من المستشفيات الجامعية.

٢/٢ تحديد الأبعاد الرئيسية التى يمكن استخدامها لقياس جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية، وتحديد الأبعاد الأكثر تأثيرا على ادراكات المستفيدين بجودة هذه الخدمات.

٣/٢ الكشف عن نوع الفجوة بين توقعات المستفيدين لأبعاد جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية،وبين إدراك الإدارة (المسئولين) لهذه التوقعات.

(*) يستخدم الباحث اصطلاحات "المستفيدين/ المترددين/ العملاء/ المرضى/ المستهلكين" داخل هذا البحث كمترادفات.

٤/٢ تحديد اثر المتغيرات الديموجرافية على إدراك المستفيدين لمستوى جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية.

٥/٢ التحقق من ثبات ومصداقية مقياس الإدراكات/ التوقعات ***SERVQUAL*** فى قياس جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية فى البيئة المصرية.

٦/٢ التوصل إلى دليل علمى لعناصر جودة الخدمات الصحية كما يراها المستفيدون منها،والتى يمكن أن تساعد صانعى القرارات فى المستشفيات الجامعية فى وضع البرامج اللازمة لتحسين جودة هذه الخدمات.

٣- أهمية البحث:

تنبثق أهمية البحث من ناحيتين، علمية وعملية:

١/٣ الناحية العلمية:

يقوم هذا البحث بتطبيق مقياس جودة الخدمة ***SERVQUAL*** على هذه النوعية من الخدمات للتأكد من مدى مصداقيته وثباته، وهو المقياس الذى ما زال الجدل العلمى مستمراً بخصوص جدوى استخدامه لغرض قياس جودة الخدمات،وقد تكون أحد الإضافات العلمية المرجوة من هذا البحث، التحقق من مدى مواءمة أبعاد جودة هذا المقياس للخدمات الصحية، والتأكد من مدى صلاحيته للتطبيق على هذه النوعية من الخدمات، حيث يأتى هذا البحث استجابة لدعوة الباحثين فى السنوات الأخيرة بضرورة إجراء المزيد من التطبيقات لهذا المقياس، للتحقق من ثباته ومصداقيته وصلاحية تطبيقه على كل أنواع الخدمات ***(Coronin: 1994)*** كما أن تعدد مقاييس جودة الخدمات يعكس الاهتمام المتزايد من جانب الباحثين بموضوع قياس جودة الخدمات، واصبح يمثل جدلاً معاصراً أدى إلى اتفاق رواد هذا المجال حول ضرورة استمرارية تطبيق هذه المقاييس فى مجالات الخدمات المختلفة وفى بيئات مختلفة، لحسم بعض القضايا موضع الخلاف والجدل من ناحية، وللتأكد من الثبات والمصداقية للمقياس المستخدم فى قياس جودة الخدمات من ناحية أخرى، وهذا ما يبرر الحاجة إلى مثل هذه الدراسات فى البيئة المصرية، وقد يساهم هذا البحث فى تلبية احتياج المكتبة العربية فى هذا المجال.

٢/٣ الناحية العملية:

تنبع أهمية البحث من هذا المجال من أهمية الخدمة الصحية للمستفيدين منها سواء على مستوى الفرد أو على مستوى المجتمع (البيئة)، فتقديم تلك الخدمة بمستوى جودة مرضى يمثل حفاظاً على الموارد البشرية بما يمكن فى النهاية من تدعيم لقوة العمل المتاحة ثم المساعدة فى توفير

العمالة اللازمة للقطاعات الاقتصادية المختلفة،وقد يكون لهذا البحث أهمية فى معاونة المسئولين عن إدارة المستشفيات الجامعية فى رسم الخطط والبرامج والسياسات الخاصة برفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من هذه المستشفيات.

٤- فروض البحث:

يمكن الإجابة عن الأسئلة الخاصة بمشكلة البحث وتحقيق أهدافه من خلال اختبار الفروض الأربعة التالية:

٤/١ لا توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية فى الأهمية النسبية لأبعاد مقياس جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية من وجهة نظر عملائها.

- ويهدف هذا الفرض إلى اختبار مدى ملاءمة أبعاد مقياس جودة الخدمات *SERVQUAL* وتحديد مدى أهميتها النسبية من وجهة نظر مستهلكى الخدمات الصحية.

٤/٢ لا توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين توقعات العملاء لأبعاد جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية،وبين إدراكاهم لمستوى جودة الخدمات المقدمة بالفعل.

حيث يتوقع الباحث وجود فجوة بين توقعات المستهلكين لجودة الخدمات الصحية وبين إدراكاهم للمستوى الفعلى لجودة تلك الخدمات.

٤/٣ لا توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين توقعات العملاء لعناصر جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية وبين إدراكات إدارة هذه المستشفيات لهذه التوقعات.

وكما هو مبين، فإن الهدف من هذا الفرض هو الوقوف على نوع الفجوة بين توقعات العملاء لعناصر جودة الخدمات الصحية،وبين إدراك الإدارة لهذه التوقعات.

٤/٤ لا توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين رضا العملاء عن الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية وبين الخصائص الديموجرافية لهؤلاء العملاء.

وكما تشير الصياغة فإن هذا الفرض يتعلق بالعلاقة بين متغيرين أساسيين هما:

أ - الخصائص الديموجرافية للعملاء،وهى السن/ التعليم، السكن، النوع [متغير مستقل].

ب- درجة رضا العملاء [متغير تابع].

٥- مجتمع وعينة البحث:

تم تطبيق هذا البحث على الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية بأسيوط والمنيا وسوهاج، ويرجع هذا الاختيار لأسباب عديدة منها: نتائج البحث الاستطلاعى الذى أظهر تزايد شكاوى وانتقادات المستفيدين لمستوى جودة الخدمات الصحية التى يحصلون عليها من هذه المستشفيات، وقوائم الانتظار لإجراء العمليات الجراحية والتحاليل الطبية والأشعة، إضافة إلى أن هذه المستشفيات هى أكبر المستشفيات على مستوى الوجه القبلى بكافة المعايير سواء من حيث الإمكانيات أو أعداد المترددين أو حجم الخدمات الصحية المقدمة مجانا للجماهير، كما تقدم هذه المستشفيات خدمات متميزة عن المستشفيات الحكومية نظرا لتعدد أهدافها العلاجية والتدريبية والتعليمية.

١/٥ عينة المستفيدين [المترددين على المستشفيات الجامعية]

يتكون مجتمع المستفيدين من المواطنين الذين يترددون على المستشفيات الجامعية بأسيوط والمنيا وسوهاج لتلقى الخدمات الصحية مجانا.

ولما كانت هناك صعوبة فى استخدام أسلوب الحصر الشامل كأساس للدراسة الميدانية بالنسبة لجمهور المستفيدين، نظرا لضخامة أعدادهم، فقد اعتمد الباحث على أسلوب العينات.

ومن المعلوم أن هناك أكثر من طريقة لتحديد حجم العينة، ولكل منها مزاياه وعيوبه، فكثيرا ما يتم تحديدها برقم جزافا، أو حسب رأى الباحث وخبرته الشخصية آخذا فى اعتباره ميزانية البحث، وقد يتم التحديد على أساس نسبة مئوية من مجتمع البحث، أو باستخدام معادلات الخطأ المعيارى.

ولتحديد حجم العينة للمترددين على المستشفيات الجامعية محل البحث قام الباحث بالآتى:

١/١/٥ <u>تحديد حجم المترددين على المستشفيات الجامعية:</u>

يمكن التعرف على حجم المترددين على المستشفيات الجامعية محل البحث لتلقى الخدمات الصحية مجانا من خلال الجدول التالى:

جدول رقم (١)

حجم المترددين على المستشفيات الجامعية

المستشفى الجامعى	عدد المترددين	%
أسيوط	١٢٥٧٦٣٢	٥١,٤
المنيا	٧٤٥١٦١	٣٠,٥
سوهاج	٤٤٢٩١٦	١٨,١
الإجمالى	٢٤٤٥٧٠٩	١٠٠

المصدر: سجلات المستشفيات الجامعية بأسيوط والمنيا وسوهاج عام ٩٩/٢٠٠٠

يتضح من الجدول السابق أن حجم مجتمع البحث يزيد عن ١٠٠,٠٠٠ مفردة، وبالكشف فى جداول العينات عن هذا الحجم وعند مستوى ثقة ٩٥% وحدود خطأ ٥% ، ح = ٥%، نجد أن حجم العينة من إجمالى مجتمع البحث يكون ٣٨٤ مفردة، وللمزيد من الحرص فقد تم زيادة حجم العينة بعدد ٢٦ مفردة احتياطى ليصبح المجموع ٤١٠ عميل، وذلك للاحتياط لمواجهة عدد الاستمارات التى قد لا تصلح بعد جمع البيانات.

٢/١/٥ تحديد نوع العينة:

اعتمد الباحث على عينة الحصص فى اختيار مفردات عينة المستفيدين من مجتمع البحث،وقد تم اختيارها على التوالى:

- توزيع العينة على المستشفيات الجامعية محل الدراسة:

وتوزع حسب نسبة المرضى المترددين فى كل منها إلى إجمالى المترددين،وبالتالى يكون حجم العينة فى:

مستشفى أسيوط الجامعى = $\frac{١٢٥٧٦٣٢}{٢٤٤٥٧٠٩} \times ٤١٠$ = ٢١٠ مفردة

مستشفى المنيا الجامعى = $\frac{٧٤٥١٦١}{٢٤٤٥٧٠٩} \times ٤١٠$ = ١٢٥ مفردة

مستشفى سوهاج الجامعى = $\frac{٤٤٢٩١٦}{٢٤٤٥٧٠٩} \times ٤١٠$ = ٧٥ مفردة

٥/١/٣ توزيع مفردات العينة على الأقسام المختلفة داخل كل مستشفى:

وقد تم التوزيع حسب نسبة عدد المترددين على الأقسام المختلفة إلى إجمالى المترددين فى كل مستشفى، ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالى:

جدول رقم (٢)

توزيع العينة على المستشفيات الجامعية حسب الأقسام

المستشفى	أسيوط			المنيا			سوهاج			العينة
القسم	إجمالى المترددين	%	العينة	إجمالى المترددين	%	العينة	إجمالى المترددين	%	العينة	
الجراحة العامة	١٥٨٤٦١	١٢,٦	٢٦	٧٥٢٦١	١٠,١	١٣	٣٨٥٣٤	٨,٧	٦	٤٥
الباطنة	١٤٧١٤٣	١١,٧	٢٥	١٢٩٦٥٨	١٧,٤	٢١	٥٨٠٢٥	١٣,١	١٠	٥٦
النساء والتوليد	١٨٦١٢٩	١٤,٨	٣١	١٠١٣٤١	١٣,٦	١٥	٤١١٩١	٩,٣	٧	٥٣
العلاج الطبيعى	١٥٠٩١	١,٢	٣	--	--	--	--	--	--	٣
المسالك البولية	٧٤٢٣٢	٥,٩	١٢	٤٩٩٢٦	٦,٧	-٩	٤٧٣٩٢	١٠,٧	٨	٢٩
العظام	١٠٥٦٧٣	٨,٤	١٨	٦٥٥٧٤	٨.٨	١١	٥٠٩٣٥	١١,٥	٨	٣٧
الأنف والأذن	١٢١٩٩٠	٩,٧	٢٠	٧٦٠٠٧	١٠,٢	١٣	٥٥٨٠٧	١٢,٦	٩	٤٢
النفسية والعصبية	٥٩١٠٨	٤,٧	٩	١٥٦٤٩	٢,١	٣	٤٤٢٩	١,٠	١	١٣
الأمراض الصدرية	٥٢٨٢٠	٤,٢	٩	٥٦٦٣٢	٧,٦	١٠	٤٠٧٤٨	٩,٢	٧	٢٦
الأمراض المتوطنة	٦٦٦٥٤	٥,٣	١١	٣١٢٩٧	٤,٢	٥	١٥٩٤٥	٣,٦	٣	١٩
الجلدية والتناسلية	٤٧٧٩٠	٣,٨	٨	٣٨٠٠٣	٥,١	٧	١٨٦١٣	٤,٢	٣	١٨
أمراض الكلى	٣٦٤٧١	٢,٩	٦	١٧٨٨٤	٢,٤	٣	١٦٨٣١	٣,٨	٣	١٢
الغدد الصماء	٢٣٨٩٥	١,٩	٤	٧٤٥٢	١,٠	١	٣٥٤٤	٠,٨	١	٦
الأسنان	٦٤١٣٩	٥,١	١١	٣١٢٩٧	٤,٢	٥	٢٧٠١٨	٦,١	٤	٢٠
السكر	٣٠١٣٨	٢,٤	٥	٢٣٠٩٩	٣,١	٤	٥٣١٥	١,٢	١	١٠
الرمد	٤٠٢٤٤	٣,٢	٧	٨١٩٧	١.١	٢	١١٠٧٣	٢,٥	٢	١١
الأطفال	٢٧٦٦٨	٢.٢	٥	١٧٨٨٤	٢,٤	٣	١١٥١٦	٢,٦	٢	١٠
الإجمالى	١٢٥٧٦٣٢	١٠٠	٢١٠	٧٤٥١٦١	١٠٠	١٢٥	٤٤٢٩١٦	١٠٠	٧٥	٤١٠

المصدر: نفس مصدر الجدول السابق.

٥/١/٤ توزيع العينة حسب الخصائص الديموجرافية:

يمكن توضيح توزيع العينة حسب الخصائص الديموجرافية من خلال الجدول التالى:

جدول رقم (٣)

توزيع العينة حسب الخصائص الديموجرافية .

الخصائص الديموجرافية للعينة	العدد	%	كا٢
١- السن			**٨٧,٧٧
من ١٩ وحتى ٣٠ سنة	٩٤	٢٢,٩	
من ٣١ وحتى ٤٠ سنة	١١٨	٢٨,٨	
أكبر من ٤١ سنة	١٩٨	٤٨,٣	
٢- التعليم			**٢٨,٤٨
مؤهل عال	١٢٨	٣١,٢	
مؤهل متوسط	١٦٧	٤٠,٧	
بدون مؤهل	١١٥	٢٨,١	
٣- السكن			**١٧,٥٨
المدن التى بها المستشفيات	١٨٤	٤٤,٩	
من خارجها	٢٢٦	٥٥,١	
٤- الجنس:			**١٢٥,٦١
ذكر	٢٤٧	٦٠,٢	
أنثى	١٦٣	٣٩,٨	

Significant 0.01

٣/٥ عينـة المسئولين (الإداريين)

بالنسبة لفئة الإداريين- وهم المسئولين عن تقديم الخدمات الصحية للمرضى-، فقد تم استقصائهم جميعا على أساس الحصر الشامل لصغر عددهم وهو ١٢٠ مفردة وهم رؤساء كل من الأقسام الطبية والتمريض والفنيين والاستقبال،ويمكن بيان أعدادهم من خلال الجدول التالى:

جدول رقم (٤)

أعداد المديرين (رؤساء الأقسام) بالمستشفيات الجامعية محل البحث

المستشفى الجامعى / فئات المديرين	أسيوط	المنيا	سوهاج	الإجمالى
رؤساء أقسام طبية	١٨	١٦	١٣	٤٧
رئيسات تمريض	٢٠	١٨	١٥	٥٣
رئيس فنيين	٣	٣	٢	٨
رؤساء استقبال	٤	٤	٤	١٢
الإجمالى	٤٥	٤١	٣٤	١٢٠

المصدر: نفس مصادر الجداول السابقة.

٣/٥ وحدة المعاينة:

٥/٣/١ المستفيدين:

وحدة المعاينة عبارة عن المريض (مستهلك الخدمة الصحية)، أى المريض الذى يتعامل مع هذه المستشفيات الجامعية للحصول على الخدمات الصحية اللازمة مجاناً، وقد روعى عند اختيار وحدة المعاينة أن يكون هذا المريض ممن سبق له التعامل مع المستشفى.

٥/٣/٢ الإداريين:

وحدة المعاينة هى رئيس قسم طبى، رئيس تمريض، رئيس فنيين، رئيس استقبال.

٦- تصميم وسيلة جمع البيانات:

تم جمع البيانات الأولية اللازمة للبحث من خلال الاستقصاء،ولتحقيق ذلك تم تصميم قائمتى استقصاء، الأولى موجهة إلى عملاء المستشفيات الجامعية وهم مستهلكى الخدمات الصحية التى تقدمها تلك المستشفيات مجاناً لهؤلاء المرضى المترددين عليها، وذلك للتعرف على المتغيرات المؤثرة فى إدراكهم لجودة الخدمات الصحية التى يحصلون عليها، والثانية موجهة إلى المسئولين عن تقديم الخدمات الصحية.

وقد اشتملت القائمة الأولى على أربع أسئلة، تضمن السؤال الأول ٢٢ عبارة لتحديد رأى المستقصى منهم فى الأهمية النسبية لعناصر مقياس جودة الخدمات الصحية،وتضمن السؤال الثانى ٢٢ عبارة لقياس توقعات المستقصى منهم لعناصر جودة هذه الخدمات، وتضمن السؤال الثالث ٢٢ عبارة لتقييم إدراك المستقصى منهم للمستوى الفعلى لجودة الخدمات الصحية.

وتعكس عبارات كل سؤال الأبعاد الخمسة الرئيسية لجودة الخدمة كما طورها ***Parasuraman*** فى مقياس ***SERVQUAL 1991*** وهى: الإمكانيات المادية، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف، كما تم تطوير بعض العناصر الخاصة بكل بعد من أبعاد جودة الخدمات الصحية فى ضوء الدراسات السابقة، بالإضافة إلى تطوير بعض العناصر الأخرى بما يتناسب مع طبيعة الخدمات الصحية.

وقد تم قياس عناصر كل سؤال باستخدام مقياس ليكرت المكون من خمس درجات، تم ترجيح كل منها بدرجة تعبر عن قوتها.

أما السؤال الرابع فهو لقياس مدى رضا العملاء المستهلكين للخدمات الصحية التى تقدمها تلك المستشفيات، لقياس الجودة الكلية لتلك الخدمات، بالإضافة إلى الأسئلة العامة التى تتضمن

الخصائص الديموجرافية لمستهلكى تلك الخدمات، وقد شملت تلك الخصائص على وجه التحديد السن/ التعليم، السكن/ الجنس.

وبالنسبة لاستقصاء المسئولين عن تقديم الخدمات الصحية، فقد اشتمل على سؤال واحد يحتوى على نفس العبارات الخاصة بسؤال قياس التوقعات عن عناصر جودة الخدمات الصحية فى قائمة استقصاء العملاء، وقد تم قياسه بالمقياس نفسه الذى سبق الإشارة إليه فى قائمة استقصاء العملاء.

١/٦ قياس درجة الثبات والمصداقية لأدوات القياس:

١/١/٦ <u>قياس درجة الثبات:</u>

لقياس مدى ثبات أدوات القياس المستخدمة (قائمة الاستقصاء) تم استخدام معامل كرونباخ ألفا ***(Cronbach's Alpha)*** وحساب معامل إعادة الاختبار ***(Test – Retest)*** وحساب معامل سبيرمان التنبؤى ***(Spearman Brown Prophccy Reliability)***، فبالنسبة لمعامل الثبات الخاص بإعادة الاختبار، قام الباحث بإجراء إعادة الاختبار على مجموعة من المستقصى منهم بلغت ٥٠ مفردة من المرضى، ٢٠ مفردة من المسئولين عن تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات الجامعية، بفاصل زمنى مدته خمسة عشر يوما. وقد بلغت نتيجة معامل كرونباخ ألفا (٨٨%)، أما نتيجة معامل إعادة الاختبار فقد بلغت (٩٣%) وبلغت نتيجة معامل سبيرمان براون (٨٧%)،وتدل جميع هذه النتاج على الثبات والاستقرار والاعتمادية التى تتمتع بها أدوات القياس المستخدمة فى البحث.

٢/١/٦ <u>صدق أدوات القياس:</u>

وللتأكد من مصداقية أدوات القياس المستخدمة فى البحث منطقيا وإحصائيا، فقد تم عرض الاستقصاء المستخدم على بعض الأساتذة المتخصصين لاستشارتهم بخصوص توافق كل عبارة مع أبعاد المقياس المستخدم من الناحية المنطقية، وبالنسبة للمصداقية الإحصائية، تم قياسها عن طريق حساب الجزر التربيعى لمعامل الثبات فى إعادة الاختبار والذى بلغ (٩٦% وهى نسبة مرتفعة جدا، مما يدعو إلى الاطمئنان والثقة فى أدوات القياس المستخدمة.

٣/٦ جمع البيانات الأولية:

تم تجميع البيانات الأولية اللازمة للبحث باستخدام قائمة استقصاء تم تصميمها لهذا الغرض، وقد اعتمد الباحث فى توجيه قوائم الاستقصاء عن طريق المقابلات الشخصية *Personnel Interviews* مع المرضى الذين شملتهم الدراسة، حيث اختير لذلك مجموعة من

المقابلين على رأسهم ثلاثة من المعيدين بقسم إدارة الأعمال بالكلية ممن يتمتعون بالأمانة والخبرة فى ممارسة هذا العمل، حيث تم إعدادهم إعدادا خاصا لهذا الغرض، وتوجيههم إلى ضرورة تناوب أيام الأسبوع،وحسن اختيار الوقت المناسب، والحالات التى تسمح ظروفها بالمقابلة، وأن تكون المقابلة فى أماكن الاستقبال والانتظار بالمستشفيات المبحوثة، وضرورة تبسيط مهمة المستقصى منه إلى أدنى حد ممكن، وقد تقتضى الظروف تسليم القائمة للمستقصى منه، ثم يتم جمعها فى موعد يتم الاتفاق عليه.

وبالنسبة لاستقصاء المسئولين عن تقديم الخدمات الصحية، فقد تم جمع بياناته باستخدام أسلوب الزيارة القصيرة بأماكن عملهم بالمستشفى لتسليم قائمة الاستقصاء وشرح طبيعته وأهدافه، ثم تركها ليتم الإجابة عليها فى الوقت المناسب للمستقصى منه، ثم جمعها باليد فى الميعاد الذى يتفق عليه.

وقام الباحث بمتابعة عملية جمع البيانات أولا بأول طوال فترة جمع البيانات والتى استغرقت نحو شهرين،وأدت هذه الطريقة إلى ارتفاع نسبة القوائم المستوفاه والتى بلغت ٣٧٠ قائمة (١٩٠ المستشفى الجامعى بأسيوط، ١٢٥ المستشفى الجامعى بالمنيا، ٦٩ المستشفى الجامعى بسوهاج) وذلك بنسبة ٩٠,٢%.

وبالنسبة لقوائم استقصاء المسئولين عن تقديم الخدمات الصحية، فقد تم استيفائها جميعا (١٢٠ قائمة بنسبة ١٠٠%).

٧- أساليب تحليل البيانات:

بعد مراجعة قوائم الاستقصاء التى تم استيفائها وتجميعها، تمت جدولة البيانات ومعالجتها،وكذلك اختبارات الفروض باستخدام الأساليب التالية:

١/٧ مقياس الفجوة *SERVQUAL*

والذى يعتمد على طرح المتوسطات لتحديد طبيعة الفجوة بينها، ويتم ذلك باستخدام المعادلة التالية:

$$SQi = \sum_{j-i}^{k} Wi \ (Eij - Pij)$$

ويمكن تعريف المكونات الرئيسية لهذا النموذج كما يلى:

SQi = الجودة المدركة للخدمة الكلية للبعد (i)

K = عدد الخصائص المرتبطة بجودة الخدمة للبعد (i)

Wi = القيم المرجحة للأبعاد فى حالة تباين الأهمية النسبية لكل بعد.

Eij = توقعات العملاء للجودة للخاصية (j) والناتجة عن البعد (i)

Pij = الأداء الفعلى للبعد (I) بالنسبة للخاصية (i)

وبتطبيق هذا النموذج الرياضى للفجوات يمكن حساب الفجوة الخاصة بالخدمة الصحية لكل عنصر من عناصر الجودة الكلية على حدة، ثم يلى ذلك قياس الجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الجامعية لجميع العناصر مجتمعة بعد ترجيح الأوزان الخاصة بكل منها.

ويلاحظ من هذا النموذج أن الجودة المدركة للخدمة الكلية تزداد كلما قلت الفجوة بين توقعات العملاء للجودة (Eij) وبين ما يحصلون عليه فعلاً من خدمات صحية (Pij).

٣/٧ الأساليب الإحصائية الوصفية

حيث إن البيانات التى تم جمعها هى بيانات وصفية، فإن افضل أساليب التحليل والمعالجة الإحصائية لتلك البيانات بقصد اختبار مدى صحة فروض البحث أى بقصد الاستدلال الإحصائى هى الأساليب الإحصائية الوصفية، وفى هذا البحث استخدمت الأساليب التالية:

المتوسطات البسيطة والمرجحة والانحراف المعيارى،ومعادلة قوة الاتجاه لقياس الأهمية النسبية للمتغيرات، *T. Test*، كا^2، وذلك بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية التى استخدمت فى قياس اختبار أدوات القياس المستخدمة فى البحث مثل معامل كرونباخ ألفا، ومعامل إعادة الاختبار، ومعامل ارتباط سبيرمان.

٣/٧ أسلوب التحليل والاستنتاج المنطقى:

حيث لم يكتفى الباحث فى تحليله للبيانات الإحصائية، وإنما قام بعد دراستها بتفسيرها واستخلاص النتائج منها بأسلوب منطقى بحت.

٨- حدود البحث:

لهذا البحث ثلاثة أنواع من الحدود هى:

١/٨ حدود خاصة بمكانة: اقتصر البحث الميدانى على المرضى المترددين على المستشفيات الجامعية بمدن أسيوط والمنيا وسوهاج،ومؤدى ذلك أن النتائج التى تم الخروج بها تعكس

واقع الحال فى تلك المستشفيات، وأن ثمة احتمال فى التوصل إلى نتائج مغايرة إذا ما تم اختبار فروض البحث فى مستشفيات أخرى.

٢/٨ حدود خاصة بمجاله: اقتصر البحث على الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية مجانا للطبقات محدودة الدخل، ومن ثم لم يتعرض البحث للخدمات الصحية الاقتصادية- العلاج بأجر- والتى تقدمها تلك المستشفيات.

٣/٨ حدود خاصة بزمانه: تم جمع البيانات اللازمة للدراسة الميدانية فى الفترة من يناير- مارس ٢٠٠١

ثالثا: اختبار فروض البحث:

خصص الباحث هذا الجزء لاختبار الفروض إحصائيا، لتحديد مدى صلاحية مقياس *SERVQUAL* لقياس جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية، وتحديد مدى إدراك العملاء وتوقعاتهم لجودة الخدمات الصحية التى تقدمها تلك المستشفيات، ومدى إدراك الإدارة لتوقعات هؤلاء العملاء،وأثر الخصائص الديموجرافية للعملاء على درجة رضاهم عن مستوى جودة تلك الخدمات، وذلك لتطوير قاعدة معلومات تحتوى على المتغيرات الرئيسية للدراسة والتى وردت بقائمة الاستقصاء، هذا بالإضافة إلى المتغيرات الأخرى التى تم حسابها مثل متوسط الأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة المتوقعة والفعلية، وفجوة أبعاد الجودة على مستوى كل بعد وكل عنصر من العناصر التى تقيس الإدراك أو التوقعات (٢٢ عنصر)،واستخدم الباحث برنامج التحليل الإحصائى *SPSS/PC+* فى إجراء التحليل الإحصائى المطلوب لاختبار الفروض.

١/٣ الفرض الأول:

ينص الفرض الأول من فروض البحث على ما يلى:

"لا توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية فى الأهمية النسبية لأبعاد مقياس جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية من وجهة نظر عملائها".

وقد تطلب اختيار مدى صحة هذا الفرض القيام بما يلى:

١/١/٣ قياس الأهمية النسبية لعناصر مقياس جودة الخدمة:

لقياس هذه الأهمية تم تطبيق معادلة قوة الاتجاه(*) من واقع المتوسطات المرجحة، حيث تم قياس تلك الأهمية وفق مقياس ليكرت المكون من خمس درجات هى:هام جدا- هام - متوسط

(*) قوة الاتجاه = $\frac{\text{المتوسط المرجح} - ٣ \text{ (نقطة المنتصف)}}{٢}$ × ١٠٠

الأهمية – قليل الأهمية– غير هام على الإطلاق، وتم ترجيحها بالأوزان ٥-٤-٣-٢-١ على التوالى.

وبالتالى تزداد أهمية كل عنصر كلما زادت قيمة المتوسط المرجح، وكانت قوة الاتجاه إيجابية ومرتفعة، ويمكن توضيح تلك النتائج من خلال الجدول التالى:

جدول رقم (٥)

اتجاهات المستفيدين من الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية

نحو عناصر وأبعاد مقياس جودة الخدمة

عناصر مقياس الجودة	لكل عنصر داخل كل بعد		لمجموع عناصر البعد	
	المتوسط المرجح	قوة الاتجاه %	المتوسط المرجح	قوة الاتجاه
البعد الأول: الإمكانيات المادية للمستشفى:			٣,٧	٣٥
١-استخدام الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة.	٤,٢	٦٠		
٢- مظهر المستشفى والديكورات.	٣,٥	٢٥		
٣- المظهر العام للأطباء والعاملين.	٤,١	٥٥		
٤- التصميم الداخلى للمستشفى.	٣,٥	٢٥		
البعد الثانى: الاعتمادية			٤,٥	٧٥
٥- الوفاء فى تقديم الخدمة فى المواعيد المناسبة	٤,٨	٩٠		
٦- الحرص على حل مشكلات المريض.	٤,٧	٨٥		
٧- الدقة وعدم الخطأ فى التشخيص والعلاج.	٤,٥	٧٥		
٨- توافر العدد الكافى من مقدمى الخدمة.	٤,٣	٦٥		
٩- الثقة فى الأطباء والفنيين.	٤,٥	٧٥		
البعد الثالث: الاستجابة			٤,٧	٨٥
١٠- إعلام المريض بموعد حصوله على الخدمة.	٤,٧	٨٥		
١١- السرعة فى تقديم الخدمة.	٤,٨	٩٠		
١٢- الاستعداد التام لمساعدة المريض.	٤,٦	٨٠		
١٣- الرد الفورى على استفسارات وشكاوى المريض.	٤,٩	٩٥		
البعد الرابع: الأمان			٤.٤	٧٠
١٤- حسن معاملة الأطباء والعاملين للمرضى.	٤,٦	٩٠		
١٥- المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بالمريض.	٤,٢	٦٠		

٥

عناصر مقياس الجودة	لكل عنصر داخل كل بعد		لمجموع عناصر البعد	
	المتوسط المرجح	قوة الاتجاه %	المتوسط المرجح	قوة الاتجاه
١٦- الشعور بالأمان فى التعامل.	٤,٧	٨٥		
١٧- الكفاءة والمهارة والشهرة التى يتمتع بها الأطباء.	٤.٤	٧٠		
البعد الخامس: التعاطف والتفانى			٤.٣	٦٥
١٨- الاهتمام بالمريض من الناحية الإنسانية.	٤,٦	٨٠		
١٩- إشعار المرضى بأنهم موضع الاهتمام.	٤,٨	٩٠		
٢٠- تفهم احتياجات المريض.	٣,٥	٢٥		
٢١- تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.	٤,١	٥٥		
٢٢- مدى ملاءمة الوقت المخصص للخدمة.	٤,٣	٦٥		

وبتصنيف تلك العناصر فى أربعة مجموعات وفقا للمتوسط المرجح وقوة الاتجاه والتى تـزداد كلما زادت قيمة المتوسط المرجح للعنصر، كانت النتائج كما هى موضحة بالجدول التالى:

جدول رقم (٦)

مدى قوة اتجاه المستفيدين نحو عناصر مقياس جودة الخدمة

ترتيب المجموعة	عناصر مقياس جودة الخدمة	المتوسط المرجح	قوة الاتجاه
المجموعة الأولى	عناصر هامة جدا	من ٤ فأكثر	من ٤٠%فأكثر
	١- الرد الفورى على استفسارات وشكاوى المريض.	٤,٩	٩٥
	٢- السرعة فى تقديم الخدمة.	٤,٨	٩٠
	٣- الوفاء فى تقديم الخدمة فى المواعيد المناسبة.	٤,٨	٩٠
	٤- إشعار المريض بأنه موضع اهتمام.	٤.٨	٩٠
	٥- إعلام المريض بموعد حصوله على الخدمة.	٤,٧	٨٥
	٦- الحرص على حل مشكلات المريض	٤,٧	٨٥
	٧- الشعور بالأمان فى التعامل.	٤,٧	٨٥
	٨- الاستعداد التام لمساعدة المريض.	٤,٦	٨٠
	٩- حسن معاملة الأطباء والعاملين للمرضى.	٤,٦	٨٠
	١٠- الاهتمام بالمريض من الناحية النفسية.	٤,٦	٨٠
	١١- الثقة فى الأطباء والفنيين.	٤,٥	٧٥
	١٢- الدقة وعدم الخطأ فى التشخيص والعلاج.	٤,٥	٧٥

ترتيب المجموعة	عناصر مقياس جودة الخدمة	المتوسط المرجح	قوة الاتجاه
	١٢– الكفاءة والمهارة والشهرة التى يتمتع بها الأطباء.	٤.٤	٧٠
	١٤– توافر العدد الكافى من مقدمى الخدمة.	٤,٣	٦٥
	١٥– مدى ملاءمة الوقت المخصص للخدمة.	٤,٣	٦٥
	١٦– المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.	٤,٢	٦٠
	١٧– استخدام الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة.	٤,٢	٦٠
	١٨– المظهر العام للأطباء والعاملين.	٤,١	٥٥
	١٩– تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.	٤,١	٥٥
المجموعة الثانية	عناصر هامة	من ٣,٥ إلى أقل من ٤	من ٢٥% إلى أقل من ٥٠%
	٢٠– مظهر المستشفى والديكورات.	٣,٥	٢٥
	٢١– التصميم الداخلى للمستشفى.	٣,٥	٢٥
	٢٢– تفهم احتياجات المريض.	٣,٥	٢٥
المجموعة الثالثة	عناصر قليلة الأهمية	من٣ إلى اقل من٣,٥	أقل من ٢٥%
	لا توجد أى عناصر قليلة الأهمية	–	–
المجموعة الرابعة	عناصر غير هامة على الإطلاق	أقل من ٣	قوة اتجاه سلبية
	لا توجد أى عناصر غير هامة على الإطلاق	–	–

وباستقراء الجدول السابق يتضح أن عناصر المقياس المستخدم فى البحث والبالغ عددها ٢٢ عنصرا، جاءت جميعها إما فى مجموعة العناصر الهامة جدا، أو فى مجموعة العناصر الهامة،وفقا لأسلوب المتوسطات المرجحة ومعادلة قوة الاتجاه، وجاءت فى مقدمة العناصر الهامة جدا عنصر الرد الفورى على استفسارات وشكاوى المريض، والسرعة فى تقديم الخدمة، والوفاء فى تقديم الخدمة فى المواعيد المناسبة، وإشعار المريض بأنه موضع الاهتمام،وإعلام المريض بموعد حصوله على الخدمة، والحرص على حل مشاكل المريض، والشعور بالأمان فى التعامل، حيث زاد معدل قوة الاتجاه لهذه العناصر عن ٨٠%، بالإضافة إلى عدة عناصر احتلت نفس المجموعة ولم يقل معدل قوة اتجاهها عن ٥٥%، أما باقى عناصر مقياس جودة الخدمة فقد اعتبرت عناصر هامة، حيث أثبت التحليل الإحصائى دخولها ضمن مجموعة العناصر الهامة. وقد بلغت معدلات قوة اتجاهها ٢٥% وجميعها إيجابية،واثبت التحليل كذلك عدم وجود عناصر قليلة الأهمية أو غير هامة على الإطلاق ضمن عناصر المقياس.

مما سبق يتضح أن المقياس المستخدم يتمتع بالثبات والمصداقية على مستوى عناصر كل بعد من أبعاده الخمسة،وذلك فى مجال قياس جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية.

٢/١/٣ قياس الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين

يهدف هذا القياس إلى اختبار مدى تساوى الأهمية النسبية لإدراك المستفيدين (المرضى) لهذه الأبعاد الخمسة عند تحديد جودة الخدمات الصحية، ويمكن توضيح نتائج الترتيب من خلال الجدول التالى:

جدول رقم (٧)

ترتيب الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات الصحية وفقا لإدراك المستفيدين

الترتيب	أبعاد جودة الخدمات الصحيحة	المتوسط المرجح	الانحراف المعيارى	اختبار T لترتيب الأهمية النسبية للأبعاد الخمسة			
				١	٢	٣	٤ -
١	الاستجابة	٤,٧	١,٨٨	-			
٢	الاعتمادية	٤,٥	١,٧٨	-٠,٥٤	-		
٣	الأمان	٤.٤	١,٧٣	**٥,٢٩	**٣,٧٨	-	
٤	التعاطف والتفانى	٤,٣	١,٦٨	**٧,١٤	**٥,٥٦	**٢,٥٩	-
٥	الإمكانيات المادية	٣,٧	١,٣٦	**١١,٧٨	**٩,٢٧	**٨,١١	**٦,١٦

***** Significant 0.01.***

وباستقراء الجدول السابق يتضح أن الأهمية النسبية للبعد الخاص بالاستجابة يأتى فى الترتيب الأول بالنسبة للمستفيد من الخدمة الصحية، يليه فى الأهمية البعد الخاص بالاعتمادية ثم الأمان، فالبعد الخاص بالتعاطف والتفانى فى خدمة العميل، وأخيرا يأتى البعد الخاص بالإمكانيات المادية للمستشفى، ويمكن تفسير إدراك العملاء للأهمية النسبية المرتفعة لبعد الاستجابة مقارنا بالأبعاد الأخرى إلى أن المريض من ذوى الدخل المحدود ورغبته فى استجابة المستشفى لحاجته لتلقى الخدمة الصحية مجانا، والسرعة فى تقديمها له، والاستعداد لمساعدته،وإعلامه بموعد حصوله على الخدمة، والرد على استفساراته،وكلها عناصر محددة لهذا البعد الخاص بالاستجابة.

مما سبق يتضح تفاوت الأهمية النسبية لأبعاد مقياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر عينة البحث.

٣/١/٣ ترتيب متوسط الأهمية النسبية لدرجة رضا المستفيدين عن الأبعاد الخاصة.. بجودة الخدمة الصحية بناء على فجوة الخدمة الصحية:

لتحديد هذا الترتيب يتم حساب متوسط الفجوة لكل بعد من الأبعاد الخمسة من خلال معادلة نموذج الفجوات، وترتيب هذه الأبعاد بناء على المتوسط والانحراف المعياري وكذلك اختبار T لتحديد معنوية هذا الترتيب بناء على المقارنات المتعددة لكل اثنين من هذه الأبعاد، ثم ترتيب أبعاد الخدمة بناء على متوسط فجوة الخدمة، فكلما قلت هذه الفجوة فهذا يعنى أن هناك إدراك عال للجودة المقدمة من المستشفى الجامعى الخاص بالعميل (مستهلك الخدمة) حاليا مقارنا بتوقعاته لهذه الأبعاد،وكلما اقترب متوسط الفجوة من الرقم صفر، فهذا يعنى درجة رضا العميل مرتفعة،وكلما اتجهت الفجوة إلى رقم سالب أو موجب مرتفع، دل ذلك على انخفاض الجودة بالنسبة لهذا البعد، وبالتالى انخفاض درجة رضا العميل، وللتبسيط فإنه كلما قل متوسط الفجوة واتجه من رقم سالب أو موجب نحو الصفر، كلما دل ذلك على جودة أعلى لأبعاد الخدمة من وجهة نظر مستهلكى الخدمات الصحية للمستشفيات الجامعية، ويمكن توضيح ترتيب متوسط الأهمية النسبية لدرجة رضا العملاء عن الأبعاد الخاصة بجودة الخدمة الصحية بناء على فجوة الخدمة الصحية من خلال الجدول التالى:

جدول رقم (٨)

ترتيب متوسط الأهمية النسبية لدرجة رضا المستفيدين عن الأبعاد الخاصة بجودة الخدمة الصحية بناء على فجوة الخدمة الصحية

الترتيب	أبعاد جودة الخدمات الصحيحة	متوسط الفجوة	الانحراف المعيارى	اختبار T لترتيب الأهمية النسبية للأبعاد الخمسة			
				١	٢	٣	٤
١	الأمان	١,١٩	٠,٩٤	-			
٢	الإمكانيات المادية	١,٢٢	٠,٩٣	٠,٦٢-	-		
٣	الاستجابة	١,٢٤	٠,٩١	٠,٩٤-	٠,١٦	-	
٤	الاعتمادية	١,٢٧	٠,٨٩	١,٣٣-	٠,٥٧	٠,٤٣	-
٥	التعاطف والتفانى	١,٣٩	٠,٨٣	**٣,٤٤-	**٢,٤٩	*٢,٦٥	*١,٩٤

* Significant 0.05. ** Significant 0.01

وباستقراء الجدول السابق يتضح أن الأهمية النسبية لدرجة رضا المستفيدين عن أبعاد الخدمة الصحية، جاءت حسب الترتيب التالى: الأمان، الإمكانيات المادية، الاستجابة، الاعتمادية، التعاطف والتفانى، واثبت اختبار T للفروق بين المتوسطات أنه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية لأول أربعة أبعاد، وبالتالى تتساوى الأهمية النسبية لهذه الأبعاد من وجهة نظر المستفيد،

فيما عدا البعد الخاص بالتعاطف والتفانى فى خدمة المريض، حيث توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين هذا البعد وبين باقى أبعاد نموذج مقياس الفجوة.

وبناء على نتائج التحليل السابق فإننا نقبل الفرض الأول جزئيا على أساس عدم وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية فى الأهمية النسبية للأبعاد الخاصة بالأمان، الإمكانيات المادية، الاستجابة، الاعتمادية، ونرفضه بالنسبة للبعد الخاص بالتعاطف والتفانى فى خدمة المريض.

٣/٣ الفرض الثانى:

ينص الفرض الثانى من فروض البحث على ما يلى:

"لاتوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين توقعات العملاء لأبعاد جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية وبين إدراكاتهم لمستوى جودة الخدمات المقدمة بالفعل".

وقد تطلب اختبار مدى صحة هذا الفرض، قياس حجم الفجوة بين توقعات العملاء لعناصر جودة الخدمات التى يحصلون عليها من المستشفيات الجامعية وبين إدراكاقم لمستوى جودة الخدمات المقدمة بالفعل،وذلك وفقا لمقياس ***SERVQUAL*** ، والذى يتطلب طرح قيم إدراكات العملاء من قيم توقعاقم لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، وذلك بالنسبة لكل عنصر من عناصر المقياس، كما تم استخراج متوسط الفروق المرجح بحجم العينة بالنسبة لكل عنصر على حدة، وكذلك تم حساب متوسط الفروق المرجح بحجم العينة لكل بعد من الأبعاد الخمسة للمقياس،ويمكن توضيح هذه النتائج من خلال الجدول التالى:

جدول رقم (٩)

نتائج قياس الفجوة بين إدراكات العملاء وتوقعاقم لجودة الخدمات التى تقدمها المستشفيات الجامعية باستخدام مقياس ***SERVQUAL***

عناصر مقياس الجودة	المتوسط المرجح		الفجوة	
	للإدراكات	للتوقعات	لكل عنصر	لكل بعد
<u>البعد الأول: الإمكانيات المادية</u>				-١,٣٩
١– استخدام الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة.	٤,٦٦	٤,٩٧	-٣١*	
٢– مظهر المستشفى والديكورات.	٣,٢١	٤,٧٢	-١,٥١**	
٣– المظهر العام للأطباء والعاملين.	٤,٨١	٤,٩٣	-٠,١٢*	
٤– التصميم الداخلى للمستشفى.	٤,٠١	٤,٩١	-٠,٩٠*	

عناصر مقياس الجودة	المتوسط المرجح		الفجوة	
	للإدراكات	للتوقعات	لكل عنصر	لكل بعد
البعد الثاني: الاعتمادية				-١,٥٨
٥- الوفاء فى تقديم الخدمة فى المواعيد المناسبة.	٣,٦٧	٤,٦٩	-١,٠٢**	
٦- الحرص على حل مشكلات المريض.	٣,٧٢	٤,٩٥	-١,٢٣**	
٧- الدقة وعدم الخطأ فى التشخيص والعلاج.	٣,٩٤	٤,٧٢	-٠,٧٨*	
٨- توافر العدد الكافى من مقدمى الخدمة.	٣,٠٢	٤,٤٦	-١,٤٤**	
٩- الثقة فى الأطباء والفنيين.	٤,٢٢	٤,٦٧	-٠,٤٥*	
البعد الثالث: الاستجابة				-١,٦٢
١٠- إعلام المريض بموعد حصوله على الخدمة.	٣,٣٢	٤,٠١	-٠,٦٩*	
١١- السرعة فى تقديم الخدمة.	٣,٣٩	٤,٤٣	-١,٠٤**	
١٢- الاستعداد التام لمساعدة المريض.	٣,٤١	٤,٢٣	-٠,٨٢*	
١٣- الرد الفورى على استفسارات وشكاوى المريض.	٣,١٢	٤,١٩	-١,٠٧**	
البعد الرابع: الأمان				-١,٥١
١٤- حسن معاملة الأطباء والعاملين للمرضى.	٣,٤٩	٤,٥١	-١,٠٢**	
١٥- المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.	٣.٨١	٤,٦٥	-٠,٨٤*	
١٦- الشعور بالأمان فى التعامل.	٣,٤٥	٤,٤٢	-٠,٩٧**	
١٧- الكفاءة والمهارة والشهرة التى يتمتع بها الأطباء.	٣,٩٨	٤,٧١	-٠,٧٣*	
البعد الخامس: التعاطف والتفانى				-١,٣٩
١٨- الاهتمام بالمريض من الناحية النفسية.	٣,٩٨	٤,٤٦	-٠,٤٨*	
١٩- إشعار المرضى بأنهم موضع الاهتمام.	٣,٤١	٤,٣٩	-٠,٩٨*	
٢٠- تفهم احتياجات المريض.	٣,٣٩	٤,٤٧	-١,٠٨**	
٢١- تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.	٣,٦٩	١,٦٧	-٠,٩٨*	
٢٢- مدى ملاءمة الوقت المخصص للخدمة.	٣,١٩	٤,٤١	-١,٢٢**	

** Significant 0.05.*　　*** Significant 0.01*

باستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى:

- توجد فجوة سالبة بين توقعات وإدراكات مستهلكى الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية بالنسبة لمختلف أبعاد جودة هذه الخدمات (الإمكانيات المادية، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف، والتفانى)،وكذلك مختلف العناصر الخاصة

بكل من هذه الأبعاد. وتوضح هذه النتيجة أن توقعات هؤلاء المستهلكين لأبعاد وعناصر جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم تفوق ما يحصلون عليه بالفعل، الأمر الذى يوضح وجود قصور من جانب المسئولين لمقابلة توقعات المستهلكين بالنسبة لمختلف عناصر الخدمات الصحية المقدمة بالفعل.

- تمثل الأبعاد الخاصة بالاستجابة، والاعتمادية،والأمان أكثر الأبعاد التى يتسع فيها نطاق الفجوة السلبية بين توقعات المستهلكين وإدراكهم للأداء الفعلى. ومن ثم تظهر مواطن القصور فى الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات الجامعية من جانب الإدارة،وهى فى الوقت نفسه تمثل أكثر الأبعاد أهمية لدى المستهلكين كما سبق إيضاحه، وهذا يؤكد أن هذه الأبعاد لابد أن تأخذ الأولوية عند إجراء أى تحسين فى جودة هذه الخدمات وتطويرها.
- تمثل الأبعاد الخاصة بالتعاطف والتفانى، والإمكانيات المادية أقل الأبعاد التى يتسع فيها نطاق الفجوة السلبية بين التوقعات والأداء الفعلى، وإن كانت ما زالت الفجوة كبيرة، مما يعكس عدم القدرة على مقابلة توقعات المستهلكين فى هذين البعدين.
- تتباين درجة عناصر كل بعد من الأبعاد الخمسة لمقياس جودة الخدمة فى تحديد حجم الفجوة السلبية لكل منها، وبالتالى تختلف أهميتها النسبية فى تكوين نقاط الضعف ومجالات التقصير فى إنتاج وتقديم تلك الخدمات. ففى بعد الاستجابة يبرز عنصرى السرعة فى تقديم الخدمة، الرد الفورى على استفسارات وشكاوى المريض، كأهم مجالات الضعف فى مستوى جودة الخدمة. وفى بعد الاعتمادية فإن أكثر عناصره التى أظهرت أعلى الفجوات السلبية هى: توافر العدد الكافى من مقدمى الخدمة، والحرص على حل مشكلات المريض، والوفاء فى تقديم الخدمة فى المواعيد المناسبة، وفى البعد الخاص بالأمان يظهر عنصر حسن معاملة الأطباء والعاملين للمرضى. أما البعد الخاص بالتعاطف والتفانى يظهر عنصرى: مدى ملاءمة الوقت المخصص للخدمة، وتفهم احتياجات المريض كمجالات ضعف فى مستوى أداء تلك الخدمات الصحية، أما بعد الإمكانيات المادية فيظهر فيه عنصر مظهر المستشفىوالديكورات.

مما سبق يتضح وجود قصور واضح فى مستوى أداء الخدمات الصحية المقدمة بالفعل من المستشفيات الجامعية عن مستوى توقعات المستفيدين لجودة هذه الخدمات فى جميع عناصر مقياس جودة الخدمة، مما يشير إلى رغبة المستفيدين فى تحسين هذه الخدمات، وقد يرجع إلى عوامل نفسية تؤثر فى درجة دقة الفجوة وواقعيتها، حيث عندما يتم سؤال العميل عن المستوى المرغوب والمستوى الموجود بالفعل فى خاصيتين معينتين من خصائص الخدمة، فإنه نادرا ما يحدد العميل المستوى المرغوب أقل من المستوى الموجود.

وقد أوضح التحليل الإحصائى بأن الاختلافات بين توقعات العملاء لأبعاد جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية وبين إدراكاهم لمستوى الجودة المقدمة بالفعل هى اختلافات دالة إحصائيا عند مستوى معنوية ٠,٠١، ٠,٠٥ وذلك بالنسبة لجميع عناصر مقياس جودة الخدمة *SERVQUAL*.

مما يعنى رفض فرض العدم ومؤداه "لا توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين توقعات العملاء لأبعاد جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية وبين إدراكاتهم لمستوى الجودة المقدمة بالفعل"، وقبول الفرض البديل".

٣/٣ الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث من فروض البحث على ما يلى:

"لا توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين توقعات العملاء لأبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات الجامعية وبين إدراكات إدارة هذه المستشفيات لهذه التوقعات".

وقد تطلب اختبار مدى صحة هذا الفرض تحدد حجم الفجوة بين توقعات العملاء لمستوى جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية، وبين إدراكات إدارة هذه المستشفيات لما يتوقعه هؤلاء العملاء، وذلك وفقا لمقياس جودة الخدمات *SERVQUAL*، والذى يتطلب طرح قيم توقعات العملاء من قيم إدراكات الإدارة، وذلك بالنسبة لكل عبارة من عبارات المقياس، كما تم استخراج متوسط الفروق المرجح بحجم العينة بالنسبة لكل عبارة على حدة، وكذلك تم حساب متوسط الفروق المرجح بحجم العينة لكل بعد من الأبعاد الخمسة للمقياس، ويمكن توضيح هذه النتائج من خلال الجدول التالى:

جدول رقم (١٠)

نتائج قياس الفجوة بين توقعات العملاء لجودة الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات الجامعية وبين إدراكات إدارة تلك المستشفيات حسب مقياس *SERVQUAL*

أبعاد مقياس الجودة	المتوسط المرجح		الفجوة	
	للإدراكات	للتوقعات	لكل عنصر	لكل بعد
<u>البعد الأول: الإمكانيات المادية</u>				-١,٣٢
١– استخدام الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة.	٣,٢٢	٤,٩٧	-١,٧٥*	
٢– مظهر المستشفى والديكورات.	٣,٦٢	٤.٧٢	-١.١*	
٣– المظهر العام للأطباء والعاملين.	٣,٨٩	٤,٩٣	-١,٠٤*	
٤– التصميم الداخلي للمستشفى.	٣,٥٢	٤,٩١	١,٣٩	

أبعاد مقياس الجودة	المتوسط المرجح		الفجوة	
	للإدراكات	للتوقعات	لكل عنصر	لكل بعد
البعد الثانى: الاعتمادية				-١,٦٣
٥- الوفاء فى تقديم الخدمة فى المواعيد المناسبة.	٢,١٩	٤,٦٩	-٢,٥**	
٦- الحرص على حل مشكلات المريض.	٢,٢٨	٤,٩٥	-٢,٦٧**	
٧- الدقة وعدم الخطأ فى التشخيص والعلاج.	٣,٩٤	٤,٧٢	-٠,٧٨	
٨- توافر العدد الكافى من مقدمى الخدمة.	٣,٠١	٤,٤٦	-١,٤٥*	
٩- الثقة فى الأطباء والفنيين.	٣,٩٤	٤,٦٧	-٠,٧٣	
البعد الثالث: الاستجابة				-٢,٠٧
١٠- إعلام المريض بموعد حصوله على الخدمة.	٢,١٩	٤,٠١	-١,٨٢*	
١١- السرعة فى تقديم الخدمة.	٢,٠٢	٤,٤٣	-٢,٤١**	
١٢- الاستعداد التام لمساعدة المريض.	٢,٢٤	٤,٢٣	-١,٩٩*	
١٣- الرد الفورى على استفسارات وشكاوى المريض.	٢,١٣	٤,١٩	-٢,٠٦**	
البعد الرابع: الأمان				-١,١٨
١٤- حسن معاملة الأطباء والعاملين للمرضى.	٢,٩٤	٤,٥١	-١,٥٧*	
١٥- المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.	٣,٦٩	٤,٦٥	-٠,٩٦	
١٦- الشعور بالأمان فى التعامل.	٣,١٢	٤,٤٢	-١,٣*	
١٧- الكفاءة والمهارة والهرة التى يتمتع بها الأطباء.	٣,٩١	٤,٧٧	-٠,٨٦	
البعد الخامس: التعاطف والتفانى				-١,٥٦
١٨- الاهتمام بالمريض من الناحية النفسية.	٣,١٣	٤,٤٦	-١,٣٣*	
١٩- إشعار المضى بأنهم موضع الاهتمام.	٢,٢٤	٤,٣٩	-٢,١٥**	
٢٠- تفهم احتياجات المريض.	٣,٧٧	٤,٤٧	-٠,٧	
٢١- تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.	٣,٣٥	١,٦٧	-١,٣٢*	
٢٢- مدى ملاءمة الوقت المخصص للخدمة.	٢,١١	٤,٤١	-٢,٣**	

*** Significant 0.05.* *** Significant 0.01*

باستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى:

- توجد فجوة سالبة بين توقعات المستهلكين لأبعاد جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية، وبين إدراك الإدارة (المسئولين) فى هذه المستشفيات لما يتوقعه هؤلاء المستهلكون،وذلك فى الجوانب الخمس لمقياس جودة الخدمة،وهذا يعنى أن ما يتوقعه

مستهلكى الخدمات الصحية لمستوى جودة الخدم المقدمة يفوق ما تدركه الإدارة عن هذه التوقعات.

- أن الأبعاد التى تمثل أكثر الفجوات السالبة اتساعا، هى على التوالى: الاستجابة، ثم الاعتمادية، فالتعاطف والتفانى. أما الأبعاد الأقل فجوات سالبة فهى: الإمكانيات المادية، فالأمان.
- تباين أحجام الفجوات السالبة لعناصر كل بعد، وبالتالى تباين درجات مساهمتها فى تكوين مجالات الضعف والتقصير فى مستوى الأداء الفعلى لتلك الخدمات، فأكثر العناصر فى بعد الاستجابة والتى تمثل أكبر مجالات الضعف فى مستوى جودة الخدمات المقدمة تتمثل فى: السرعة فى تقديم الخدمة، الرد الفورى على استفسارات وشكاوى المريض، الاستعداد التام لمساعدة المريض. وفى بعد الاعتمادية، فإن أكثر مجالات الضعف فى مستوى جودة الخدمة تتمثل فى: الحرص على حل مشكلات المريض، الوفاء فى تقديم الخدمة فى المواعيد المناسبة، توافر العدد الكافى من مقدمى الخدمة، وفى بعد التعاطف والتفانى، فإن أكثر العناصر ضعفا فى مستوى جودة الخدمة تتمثل فى: مدى ملاءمة الوقت المخصص للخدمة، إشعار المريض بأنه موضع الاهتمام، وفى بعد الإمكانيات المادية تتمثل أكثر العناصر ضعفا فى مستوى جودة الخدمة فى استخدام الأجهزة والمعدات.

وتعكس هذه النتائج القصور من جانب الإدارة فى معرفة ما يتوقعه المستهلكون من الخدمة المقدمة لهم والتى تلبى احتياجاتهم ورغباتهم، فالمسئولين يدركون أن المرضى فى حاجة ماسة إلى الحصول على الخدمة (كشف طبى- تحاليل- أشعة- إجراء عملية جراحية.. الخ) بسرعة مع إعلام المريض بموعد حصوله على الخدمة، إلا أن المريض يحصل على تلك الخدمة فى الوقت الذى تحدده الإدارة. ويرى بعض المسئولين أن البطء فى: تقديم الخدمة، والرد على شكاوى المريض، والحرص على حل مشاكله، يرجع أساسا إلى ضغط العمل الذى يتعرض له العاملون، حيث أن هذه المستشفيات تتعامل مع فئة الدخل المحدود والتى تطلب الخدمة الصحية مجانا، وهى فئة كبيرة فى المجتمع.

- تقل الفجوة السالبة بدرجة ملحوظة حيث أن الاختلافات غير دالة إحصائيا عند كلا المستويين بالنسبة لعناصر: الدقة وعدم الخطأ فى التشخيص والعلاج، الثقة فى الأطباء والفنيين، المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى، وتفهم احتياجات المريض، ويرجع ذلك إلى ثقة مستهلكى الخدمات الصحية فى كفاءة الأساتذة والباحثين فى إنتاج وتقديم الخدمة الصحية.

وقد أوضح التحليل الإحصائى وجود اختلافات جوهرية بين توقعات العملاء وبين إدراكات الإدارة لهذه التوقعات لعناصر جودة الخدمات الصحية عند مستوى معنوية ٠,٠١، ٠,٠٥ لسبعة عشر عنصرا من عناصر جودة الخدمات الصحية.

ولهذا نرفض فرض العدم وقبول الفرض البديل وهو وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية بالنسبة لهذه العناصر السبعة عشرة، ولكننا نقبل فرض العدم للعناصر الخمسة الباقية من عناصر مقياس جودة الخدمة، حيث أن الاختلافات غير دالة إحصائيا بالنسبة لتلك العناصر.

٤/٣ الفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع من فروض البحث على ما يلى:

"لا توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين رضا العملاء عن الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات الجامعية وبين الخصائص الديموجرافية لهؤلاء العملاء".

وقد تطلب اختيار مدى صحة هذا الفرض القيام بما يلى:

١/٤/٣ قياس العلاقة بين درجة الرضا عن جودة الخدمات الصحية لكل عميل وبين الخصائص الديموجرافية:

تم ذلك باستخدام أسلوب التبويب المتداخل ***Crosstabulation*** وحساب قيمة كا^2، وقد تم قياس درجة رضا مفردات عينة الدراسة عن جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية، من السؤال الرابع فى قائمة الاستقصاء، واعتبر العميل راضى عن جودة الخدمة، إذا كانت الإجابة عن السؤال (هل صادفتك مشكلة فى تعاملك مع هذا المستشفى؟) "بنعم أو لا"، وإذا كانت الإجابة على السؤال (هل تم حل هذه المشكلة؟) بنعم. بمعنى أن العميل يعتبر راضى إذا لم يواجه مشكلة أو واجه مشكلة وفى نفس الوقت تم حل هذه المشكلة، وعلى عكس ذلك إذا كانت الإجابة على السؤال (هل تم حل هذه المشكلة) بلا اعتبر العميل غير راضى. ويمكن توضيح العلاقة بين رضاء العملاء عن جودة الخدمات الصحية التى يحصلون عليها وبين خصائصهم الديموجرافية من خلال الجدول التالى:

جدول رقم (١١)

العلاقة بين رضا العملاء عن جودة الخدمات الصحية

التى يحصلون عليها وبين خصائصهم الديموجرافية

الخصائص الديموجرافية للعينة	عميل راضى %	عميل غير راضى %	قيمةكا[٢]
- السن			**٩,٥٦١
من ١٩ وحتى ٣٠ سنة	٧٢,٤	٢٧,٦	
من ٣١ وحتى ٤٠ سنة	٦٣,٢	٣٦,٨	
أكبر من ٤١ سنة	٥٨,٦	٤١,٤	
- التعليم			**١١,٥٩٢
مؤهل عال	٣١,٨	٦٨,٢	
مؤهل متوسط	٤٤,٩	٥٥,١	
بدون مؤهل	٦١,٦	٣٨,٤	
- السكن			*٦,٤٩٢
فى المدن التى بها المستشفيات	٧١,٧	٢٨,٣	
خارجها	٢٤,١	٧٥,٩	
- الجنس:			٠,٠٢٣٩
ذكر	٥٦,٢	٤٣,٨	
أنثى	٤٤,٧	٥٥,٣	

*** Significant 0.05.*   *** Significant 0.01*

وباستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى:

- توجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين درجة رضا عملاء المستشفيات الجامعية عن جودة الخدمات الصحية وبين خصائصهم الديموجرافية التالية:

* السن: حيث تبين أن فئات السن الأصغر تشير إلى درجة رضا أعلى نسبيا من فئات السن الأكبر، بما يتطلب زيادة الرعاية والاهتمام من جانب الإدارة والعاملين لكسب رضا فئات العملاء فوق سن الأربعين.

* التعليم: حيث يلاحظ أن العملاء بدون مؤهل أكثر رضا نسبيا عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم من المستشفيات الجامعية عن العملاء ذوى المؤهلات (العليا والمتوسطة)،وربما يكون تفسير ذلك بأن العملاء ذوى المؤهلات أكثر إدراكا لحقوقهم وواجباقم، كما أنهم يتوقعون خدمات صحية ذات جودة عالية.

* السكن: حيث يلاحظ أن درجة رضا العملاء من المدن التى بها المستشفيات الجامعية أعلى من درجة رضا العملاء الوافدين من خارج تلك المدن، حيث أن هؤلاء الوافدين

يتوقعون خدمات صحية ذات جودة عالية وهى التى دفعتهم إلى تحمل عناء السفر للحصول على هذه الخدمة المتميزة.

- عدم وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية بين الجنس (ذكر/ أنثى) وبين درجة رضا العملاء عن جودة الخدمات الصحية التى يحصلون عليها من المستشفيات الجامعية محل الدراسة، حيث نتج عن اختبار كا٢ أن قيمتها المحسوبة غير معنوية.

٣/٤/٢ ترتيب الأهمية النسبية للخصائص الديموجرافية بالنسبة لتأثيرها على درجة رضا العملاء عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة لهم من المستشفيات الجامعية:

ولتحقيق ذلك، استخدم الباحث أسلوب تحليل التمايز لترتيب هذه الخصائص حسب درجة تأثيرها على رضا العملاء،ويمكن توضيح نتائج هذا التحليل من خلال الجدول التالى:

جدول رقم (١٢)

ترتيب الخصائص الديموجرافية حسب درجة تأثيرها على رضا العملاء عن جودة الخدمات الصحية

الخصائص الديموجرافية	معاملات معادلة التمايز	الترتيب
• السن (من ١٩: ٣٠/ من ٣١: ٤٠/ أكبر من ٤٠ سنة)	**٠,٧٦١٣٤	الأول
• السكن (داخل المدن التى بها المستشفيات/ خارجها)	**٠,٦٤٥٥٢	الثانى
• التعليم (مؤهل عال/ متوسط/ بدون مؤهل)	*٠,٥٣٤١١	الثالث
• الجنس (ذكر/ أنثى)	٠,٠٦٩٥	الرابع

وباستقراء الجدول السابق يتضح ما يلى:

- أن السن والسكن والتعليم من المتغيرات الأساسية للتمييز بين العميل الراضى والعميل غير الراضى، حيث احتلت الثلاث مراتب الأولى على التوالى، كما اثبت التحليل الإحصائى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بينها وبين درجة رضا العملاء عن جودة الخدمات الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية عند مستوى معنوية ٠,٠١، ٠,٠٥ كما أثبتنا من قبل.
- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجنس وبين درجة الرضا عن مستوى جودة هذه الخدمة.

وبناء على الاختبارات والتحاليل السابقة فإننا نرفض فرض العدم وقبول الفرض البديل وهو وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية بين رضا العملاء عن الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات الجامعية وبين السن والسكن والتعليم، ولكننا نقبل فرض العدم بالنسبة للجنس.

رابعا: مناقشة النتائج والتوصيات:

٤/١ مناقشة النتائج

لاشك أن هناك اهتماما متزايدا من الباحثين لتطوير الأداة المناسبة لقياس جودة الخدمة، ويبدو هذا الاهتمام واضحا من تعدد وتنوع الدراسات التى تمت فى هذا المجال خلال السنوات الأخيرة، فهذا القياس يمكن أن يساعد إدارة المنظمة المنتجة للخدمة على تحديد مجالات الضعف لمعالجتها بصفة دورية مستمرة، ومجالات القوة لتدعيمها.

ولقياس جودة الخدمة الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية محل الدراسة، استخدم الباحث مقياس جودة الخدمة *SERVQUAL* (نموذج الفجوة)، والذى على أساسه يتم قياس خمسة أبعاد أساسية لجودة الخدمة الصحية هى: الإمكانيات المادية للمستشفى، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف والتفانى. وقد تم استقصاء عينة من المرضى (المترددين على المستشفيات الجامعية لتلقى الخدمة الصحية)، بالإضافة إلى استقصاء جميع الإداريين (المسئولين عن تقديم الخدمة الصحية فى تلك المستشفيات) بأسلوب الحصر الشامل. ولقد تم اختبار أربعة فروض أساسية تمت صياغتها لتحديد الأهمية النسبية لأبعاد وعناصر مقياس جودة الخدمة والتى تم تطويرها لتلائم الخدمة الصحية، كما صمم الفرض الثانى لقياس الفجوة بين توقعات وإدراكات العملاء لجودة الخدمة الصحية، بينما تناول الفرض الثالث قياس الفجوة بين توقعات العملاء لجودة الخدمة الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية محل الدراسة وبين إدراكات الإدارة لتوقعات العملاء لجودة تلك الخدمة، وصمم الفرض الأخير لقياس تأثير الخصائص الديموجرافية للعملاء على درجة رضائهم عن جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم.

وقد أسفر التحليل الإحصائى للبيانات عن النتائج التالية:

٤/١/١ تفاوت الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة الصحية وفقا لإدراك المستفيدين من تلك الخدمة، حيث أخذت هذه الأبعاد الترتيب التالى: بعد الاستجابة، فالاعتمادية، ثم الأمان، فالتعاطف والتفانى،وأخيرا بعد الإمكانيات المادية.

٤/١/٢ فى ضوء مقارنة توقعات العملاء وإدراكاقم لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من المستشفيات الجامعية، كشفت الدراسة عن وجود فجوات سالبة لمختلف أبعاد وعناصر كل بعد من الأبعاد الخمسة لمقياس جودة الخدمة، وكذلك اختلاف درجات مساهمة كل عنصر من عناصر كل بعد من حيث تكوين حجم الفجوة، مما يشير إلى عجز الإدارة المسئولة عن إنتاج وتقديم هذه الخدمات عن مقابلة توقعات العملاء لمستوى جودة الخدمة

الصحية، الأمر الذى يوضح انخفاض مستوى جودتها، ويرجع هذا إلى عدم قدرة هذه الإدارات على الوفاء بتوقعات عملائها من المرضى، من حيث الإمكانيات المادية،والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف والمعاملة الودية معهم.

٣/١/٤ نتج عن قياس حجم الفجوة بين توقعات العملاء لجودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الجامعية وإدراكات الإدارة لهذه التوقعات، وجود فجوات سلبية متباينة بينهما، حيث أخذت الأبعاد من حيث حجم الفجوة الترتيب التالى: بعد الاستجابة، ثم الاعتمادية، فالتعاطف والتفانى، ثم الإمكانيات المادية، وأخيرا الأمان.

٤/١/٤ أثبت البحث أن إدراك العملاء لجودة الخدمة الصحية يختلف باختلاف بعض الخصائص الديموجرافية، وبالتحديد السن، والتعليم، والسكن، فى حين أن إدراكه لا يتأثر باختلاف الجنس.

فقد تبين أن درجة رضا مستهلك الخدمة الصحية الأصغر سنا أعلى من درجة رضا المستهلك الأكبر سنا، وأن درجة رضا المستهلك بدون مؤهل أعلى من درجة رضا المستهلك ذو مؤهل، كما أن العملاء المقيمين فى المدن التى بها المستشفيات الجامعية أكثر رضا عن جودة الخدمة الصحية عن العملاء المقيمين خارج تلك المدن. وتختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسات سابقة تناولت جودة الخدمة فى المستشفيات الخاصة بمدينة القاهرة (جماعة: ١٩٩٨).

٥/١/٤ أثبت البحث أن مقياس جودة الخدمة *SERVQUAL* والمستخدم فى هذا البحث يتمتع بالثبات والمصداقية، على مستوى أبعاده الخمسة، وعلى مستوى عناصر الجودة الخاصة بكل بعد، وذلك فى مجال قياس جودة الخدمات الصحية، وتتفق هذه النتيجة مع ما سبقها من بعض الدراسات الحديثة (غنيم والأنصارى: ١٩٩١)

٢/٤ التوصيات

فى ضوء النتائج السابقة، يوصى الباحث بما يلى:

١/٢/٤ تطوير الخطط والسياسات الخاصة بالمستشفيات الجامعية محل الدراسة لمواجهة الفجوات السلبية بين توقعات وإدراكات مستهلكى الخدمات الصحية التى تقوم بإنتاجها وتقديمها لهم، وذلك لرفع مستوى الجودة الكلية لهذه الخدمات،وذلك بالتركيز على عناصر ابعاد مقياس جودة الخدمة والتى اثبت البحث أولويتها وهى:

- السرعة فى تقديم الخدمة الصحية.

- الرد الفورى على استفسارات وشكاوى المريض.
- توافر العدد الكافى من مقدمى الخدمة الصحية.
- الحرص على حل مشكلات المريض.
- الوفاء فى تقديم الخدمة فى المواعيد المناسبة.
- حسن معاملة الأطباء والعاملين للمرضى.

٤/٢/٢توفير التخصصات وتنوع الخدمات الصحية وتكاملها بما يفى بجميع احتياجات مستهلكيها الحاليين والمرتقبين.

٤/٢/٣تنمية المهارات السلوكية للأطباء والفنيين والإداريين والعاملين لتحسن قدراتهم التعاملية مع المرضى، ومعاونتهم وتحقيق الاستجابة السريعة لهم وتفهم احتياجاتهم ورغباتهم وكسب ثقتهم وتنمية علاقات ودية معهم، ويتطلب ذلك إعداد البرامج التدريبية والندوات واللقاءات لهذه الفئات المتكاملة مع المرضى.

٤/٢/٤من المهم لإدارة المستشفيات الجامعية أن تراقب وتقيم باستمرار إدراكات وتوقعات المرضى المترددين عليها،وكذلك إدراكات وتوقعات الأطباء والفنيين وهيئة التمريض بها تجاه الخدمة الصحية التى تقدمها المستشفى.

٤/٢/٥ضرورة وضع معايير لقياس أداء المستشفيات الجامعية وتقييمه أكاديميا وإداريا على كافة المستويات.

٤/٢/٦إتاحة الفرصة للتنافس والتسابق على مستوى المستشفيات الجامعية للتميز والاختلاف والتحديث والتطوير.

٤/٣ مجالات لبحوث مستقبلية

تظهر الدراسة الحالية مجالات اهتمام لإجراء دراسات أخرى من جانب الباحثين المهتمين بموضوع جودة الخدمة، وتتمثل مجالات الاهتمام للدراسات المستقبلية فى الآتى:

٤/٣/١قياس وتحليل إدراكات جودة الخدمات الصحية الخاصة بعملاء التأمين الصحى،والعيادات الشاملة، والمستشفيات التعليمية.

٤/٣/٢تطبيق مقياس الفجوة على صناعات خدمية أخرى للتأكد من فعالية مقياس جودة الخدمة فى تقييم الجودة الكلية للخدمة التى يتم دراستها، مثل الخدمة المعرفية والتعليمية والسياحية والفندقية وخدمات النقل والاتصالات والتدريب والاستشارات الفنية والإدارية.

٤/٣/٣يمكن إجراء مثل هذه الدراسة باستخدام أسلوب مقياس الأداء الفعلي ***SERVPERF*** والذى يتميز بالبساطة وسهولة الاستخدام.

٤/٣/٤دراسة خاصة لأسباب تدنى مستوى الخدمة الصحية التى تقدمها المستشفيات الجامعية وعدم رضا العملاء عنها.

المراجع:

- أحمد سيد مصطفى (١٩٨٨)، محور العميل - الخدمة- مؤثرات المريض على جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية على مستشفيات عامة حكومية وخاصة، مجلة الإدارة، العدد الثالث.

- صالح إبريت (١٤٠٧هـ)، العوامل المؤثرة فى اختيار المريض للعلاج فى المستشفيات الحكومية أو المستشفيات الخاصة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض.

- عبد الله أمين محمود (١٩٩٨)، المتغيرات المؤثرة على إدراك المستهلكين لجودة الخدمات الصحية وأثارها التسويقية- دراسة ميدانية بالتطبيق على المستشفيات الخاصة بمدينة القاهرة، مجلة الدراسات والبحوث التجارية، كلية التجارة بنها- جامعة الزقازيق.

- فهاد بن معتاد الحمد، صالح عبد الرحمن الشهيب (١٩٩٥)، خدمات المستشفيات، استطلاع آراء المستفيدين، مجلة الإدارة العامة، الرياض.

- محمود حسين مطر (١٩٩٢)، استراتيجية احتواء التكاليف وزيادة الكفاءة فى المستشفيات- نموذج مقترح، مجلة الإدارة العامة، الرياض.

- **Abdel- Kadir, S. L., Abndullah, M. & Agus, A. (2000), "On Service Improvement Capacity Index: A Case Study of the Public Service Sector in Malaysia" Total Quality Management, Vol. 11, 4, 5 & 6, pp. 5837-5843.**

- **Ballinger, W. F. & Hapner, J. O. (1998), "Total Quality Management and Continuous Quality Improvement: An Introduction for Surgeons" Surgery, Vol. 113, No. 3, March, pp. 250-245.**

- Baracat. A. (1998), A Study of Extent of Patient Satisfaction with Regard to (25) Hospital Service of Riyadh Armed Forced Hospital, Master Thesis, King Soaud University, Riyadh.

- Carmen. J. (1994), Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment SERVQUAL Dimensions.. Journal of Retailing, Vol. 66, N. 1,

- Collellan, T. K & Zemke. R. (1995), "Service Quality Indicators", Small Business Reports, Vol. 18, No. 9, p. 67.

- Coronin. J & Taylor. (1994), "SERVQUAL Versus SERVQUAL: Reconciling Performance Based & Perceptions-Minus of Service Quality", Journal of Marketing, 58, January, pp. 125-131.

- Curry, A. C. & Herbert, D. (1998) "Continuous Improvement in Public Services Away Forward", Managing Service Quality, No. 8, pp. 339-349.

- Doring. L. R. (1995), "Factors Inflowance Satisfaction with Care", Quality Review Bulletin, October, pp. 291-299.

- Eklof, J. A., Hackl, P. & Westlund, A. (1999), "On Measuring Interactions Between Customer Satisfaction and Financial Results" Total Quality Management, Vol. 10, No. 4& 5, pp. 514-522.

- Gronroos, C. (1984), Facing the Challenge, of Service Competition: Costs of Bad Service, Papers From Conference on Quality Management in Services, EIASM.

- Inguanzo. J, & Mark. A, (1996), Consumer With Satisfaction, Hospitalization, May, pp. 82, 83.

- Juran, J. (1998), Quality Control Handbook, New York, McGraw-Hill.

- Kueng, P. (2000), "Process Performance Measurement System: A Toll to Support Process-Based Organizations", Total Quality Management, Vol. 11, No. 1, pp. 67- 85.

- Lam, S. S. & Won, K. S. (1997), "Measuring Service Quality: A test-Retest Reliability Investigation of SERVQUAL", Journal of the Market Research Society, Vol. 39, Apr., pp. 381-396.

- Lehtirien, U. & Lehtinen, J. R. (1982), "Service Quality: A Study of Quality Dimensions" Working Paper Service Management Institute, Helsinki Finland.

- Llosa, S, Chandon, J. L., & Orsingher, C. (1998), "An Emprical Study of SERVQUAL'S Diemensionality", Service Industries Journal, Vol. 18, Apr pp. 16-44.

- Mangold, W. G & Babakus, E. (1992), "Service Quality- The Front Stage, The Back Stage Perspective", Journal of Services Marketing, May, April, pp. 59-70.

- Mc Adam, R. & Saulters, R. (2000), "Quality Measurement Frameworks in the Public Sector", Total Quality Management, Vol. 11, No. 414 & 6, pp. 5632-5656.

- Novle E. & Klein, L. (2000) "Quality Assurance of Quality Culture in a Managed Care Setting", Total Quality management, Vol. 11, No. 2, pp. 199-205.

- Parasuraman, A. Zeithaml, W. and Berry, L. (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research", Journal of Marketing, 49, Autumn, pp. 41-50.

- Parasuraman, A. Zeithaml, W. and Berry, L. (1988) "SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, Journal of Retailing, Spring, pp. 12-40.

- ______________________________ (1994), Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Masuring Service Quality : Implications for Further Research (Using SERVQUAL Instrument), Journal of Marketing, Vol. 58, pp. 111-124

- Philips, L. & Others (1983) Product Quality, Cost Position Business Performance: A Test of Some Key Hypotheses, Journal of Marketing, 47, Spering, pp. 26-43.

- Roland, T, and Others, (1995), Return on Quality (ROQ): Making Service Quality Financially Accountable, Journal of Marketing, Vol. 59, April, pp. 59-70.

- Sargeant, A and Kaehler, J. (1998) "Factors of Patient Satisfaction with Medical Services: The Case of G.P. Practices in the U.K.", Health Marketing Quarterly, Vol. 16, pp. 55-77.

- Sasser, E. and Arbeit (1976), "Selling Jabs in the Service Sector", Business Horizons, Vol. 19, pp. 61-65.

Shirley, (1986), "The Effects of Filled Waiting Time & Service Provider Control Over the Delay on Evaluation of Service", Journal of Academy of Marketing Science, Vol. 23, No. 1, pp. 38-48.

- Smith, R. (1985) "Research of Satisfaction", Academy for Health Service Marketing, A.M.A. Proceeding Series, pp. 321-325.

- **Swan, J. E. & Comb, L. J. (1976) "product Performance and Consumer Satisfaction: A new Concept", Journal of Marketing, April, pp. 22-27.**

- **Van Dyke, T. P. & Others (1997), Measuring Information Systems Service Quality: Concern on the Use of the SERVQUAL Questionnaire, MIS Quarterly, Vol. 12, June, pp. 195-208.**

- **Wetzels, M. & Others (2000) "Measuring Service Quality Trade-Offs in Asain Distribution Chachannels: a Multi-loyer", Total Quality Management, Vol. 11, No. 43, pp. 307-318.**

- **Whitely, R. C. (1995), The Customer Driven Company, Addison Wesley, Publishing Co. Inc.**

- **Zastowny, R. et al. (1991) "Satisfaction with Medical Car", Replications & Theoretic Reevaluation Medical Car, March, pp. 32-55.**